LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Vœux de nouvelle année.

Chers confrères,

Ce numéro du *Concours médical* vous por-a les souhaits que nous formons pour vo- prospérité en 1892. Nous désirons que us recouriez souvent aux bons offices de tre Société. Vous savez qu'elle vous est ite dévouée et que le signe de sa prospé-é consiste précisément en cet échange de rvices mutuels quc nous nous ingénions à ıltiplier. Votre satisfaction sera notre plus ère récompense.

Ceci est notre carte dc visite. Nous vous ons de vous en contenter et de nous per-ettre de nous consacrer à des soins plus essants.

Pour le *Conseil de direction* :

A. CÉZILLY.

L'indemnité en cas de maladie.

L'annéc dernière nous exprimions, au 1er jan-r, le souhait de voir enfin inaugurée par ssociation, cette œuvre, à laquelle nombre de decins attachent le plus grand prix. Mais, hé-! nos vœux sont encore une fois déçus.

Pendant quatre années l'*Association générale* st refusée à entreprendre l'indemnité de ma-ie. Son grand argument était celui-ci : « Nous nmes une Société de secours-mutuels privilé-é ; nous allons encourir les foudres du gou-nement si nous appelons son attention sur par des modifications à nos statuts. » On verra le gouvernement, au lieu de se montrer tra-sier, a répondu d'une façon paternelle et que objections ont été toutes de pure forme. On ait fait une *Caisse d'indemnité* sans le consul-, que sûrement il n'aurait pas songé à s'en maliser.

On nous avait promis *en avril* 1891 qu'on ferait de suite cette fameuse consultation. N'est il point fâcheux qu'elle n'ait eu lieu qu'en novembre, *huit mois après* ? Nous l'apprenons par la *Gazette hebdomadaire*.

Nous devons reproduire ce communiqué intégralement. Il est intéressant dans tous ses termes, même dans ceux qui nous sont personnels. Nous nous réservons de discuter surtout la réponse du gouvernement. Nous ne savons si elle est officielle ; en tout cas, elle n'est pas *absolument fondée en droit*.

Paris, le 27 novembre 1891.

La question de l'indemnité-maladie devant l'Association générale des médecins de France.

Depuis le mois d'avril dernier, nous avons laissé passer, sans y répondre, plusieurs articles écrits à l'occasion des décisions prises par la dernière assemblée de l'*Association générale des médecins de France*. Il nous paraissait inutile d'y relever des erreurs de fait et des paroles désobligeantes émanant de publicistes qui prétendent cependant n'avoir en vue que la défense des intérêts professionnels du corps médical. Nous préférions laisser à celui qui dans quelques années, alors que l'Association aura pu faire apprécier tous les progrès dont elle poursuit la réalisation, voudra écrire un curieux, mais attristant chapitre de déontologie médicale, le soin de faire ressortir de quel côté s'est toujours manifestée la préoccupation de concilier les idées de concorde et d'union, qui ont fait la fortune de notre grande fédération médicale, avec les propositions nouvelles qui ont en vue l'extension des œuvres qu'elle devra et qu'elle saura mener à bien.

Mais voici qu'à l'occasion d'une convocation adressée aux membres de l'*Union des syndicats*, M. le Dr Cézilly accuse de nouveau le Conseil général de l'Association des retards apportés au vote des nombreux projets relatifs à la création de caisses d'assurances contre la maladie. Déclinant toute responsabilité à cet égard, il propose de faire *une démonstration en nombre* et, pour aboutir enfin, de « mettre l'Association en demeure de renoncer pour jamais à des tergiversations sans excuses ». (*Le Concours médical*, p. 530.)

Voici, d'autre part, M. le Dr Lardier qui, tout en

rejetant comme inacceptables les propositions faites durant les deux dernières années, et cela pour les motifs que nous avons maintes fois développés, menace le Conseil général — (c'est par erreur sans doute que M. le Dr Lardier parle de la Société centrale, qui est aussi autonome que la Société des Vosges) — de rompre le statut qui unit les sociétés locales, si l'on n'accepte un projet tout nouveau et dont nous sommes loin, d'ailleurs, de contester l'utilité. Voici enfin que, sur la proposition de M. le Dr Lardier, la *Société des Vosges* prend l'initiative d'une « protestation des sociétés locales, protestation qui serait ultérieurement adressée au ministre de la justice *sans passer par le contrôle du Conseil général*, en vue d'obtenir l'élévation des tarifs médico-légaux. (*Bulletin médical des Vosges*, octobre 1891, p. 5.)

En présence d'allégations aussi injustifiées, ne tendant à rien moins qu'à créer une scission au sein de l'Association générale, nous ne pouvons garder plus longtemps le silence. Déjà nous avons répondu à la proposition de la *Société des Vosges* en annonçant que le relèvement des tarifs médico-légaux, accepté en principe sur les instances du Bureau de l'Association générale, serait appliqué dès que les formalités qu'exige une mesure de cette importance auront pu être remplies. Sans attendre le moment où le Conseil général rendra compte de ses travaux et fera approuver ses actes, nous croyons donc devoir répondre à nos honorables confrères par le simple exposé de faits indéniables et qui, nous en avons reçu l'assurance, peuvent être divulgués sans inconvénients.

La question de l'assurance-maladie a déjà été l'objet de deux rapports longuement motivés et de divers articles sur lesquels nous n'avons point à revenir. En vain nous nous étions efforcé, les années précédentes, de préciser l'état actuel de la législation qui rend impossible l'adoption des projets qui nous avaient été soumis (1). Deux seules solutions, disions-nous en 1890, s'offrent aux partisans de l'indemnité-maladie : Ou bien imposer à tous les membres de l'Association la cotisation supplémentaire qu'exige le fonctionnement régulier de l'œuvre nouvelle ; ou bien fonder une nouvelle société d'assurance qui, sous la forme et avec les statuts d'une *Société civile* et non d'une *Société de secours mutuels*, réunirait ceux de nos confrères qui, en échange du versement d'une cotisation de 5, 10 ou 20 francs par mois, acquerraient le droit à une indemnité de 5, 10 ou 20 francs par jour durant tout le cours de leurs maladies. La première solution exigeait au préalable que, par un vote *unanime*, nous fussions autorisés à reviser l'article 39 de nos statuts. Ce vote, nous désespérions de l'obtenir. La deuxième solution nous paraissait à nous-même et a semblé inacceptable à tous ceux qui ont étudié d'un peu près le fonctionnement des compagnies d'assurances. Il ne nous restait plus dès lors qu'à demander à nos collègues de hâter, par leurs dons et les legs qu'ils pourraient obtenir en faveur de notre œuvre confraternelle, le moment où, suffisamment riches, la caisse des sociétés locales et celle de l'Association générale seront en mesure d'offrir à tous les médecins *qui en auraient besoin* une indemnité qui les mette à même, durant le cours d'une maladie un peu longue, de se faire remplacer et de faire face à toutes les difficultés dont ils auraient la préoccupation.

En 1891 (1), ces conclusions avaient été affirmées de nouveau après que « de nombreuses conférences avec d'éminents jurisconsultes et avec les représentants autorisés du Conseil d'Etat et du Ministre de l'intérieur » nous eussent donné la certitude que les sociétés de secours mutuels étaient toujours soumises à l'approbation et au contrôle du gouvernement, et qu'aucune autorisation ministérielle ne serait accordée ni dans le présent ni dans l'avenir à l'œuvre nouvelle dont on poursuivait la création. Malgré l'appui que donnait alors à nos déclarations l'autorité de nos conseils judiciaires, l'Assemblée générale se laissa émouvoir par la chaleur et l'entraînante éloquence avec laquelle MM. Hameau, Lande, Surmay, etc., défendaient leurs projets. Rendant hommage aux idées généreuses qu'ils défendaient avec tant de conviction, elle décida qu'une nouvelle tentative serait faite auprès des ministres de l'intérieur et de la justice. Par un vote de confiance, dont la signification n'était point douteuse, elle donna à son bureau les pouvoirs les plus étendus pour que, « s'inspirant

(1) Voy. en particulier *Annuaire de l'Association générale*, 1890, p. 166 et 178.

(1) *Annuaire de l'Association générale*, p. 115.

FEUILLETON

Souhaits de nouvel an.

On a prétendu que cette période de l'année était celle où il se débitait le plus de banalités ; qu'il n'y avait ni poésie, ni véritable cordialité à s'offrir des marrons glacés, avec accompagnement de trivialités encore plus glacées ; que ce n'était vraiment une fête que pour les enfants et les concierges, etc...

Je ne partage pas du tout cette façon de voir et je plains les esprits chagrins, qui osent maugréer contre cette quinzaine bénie, où un vent d'obéissance et de douceur souffle dans tous les ménages, à tous les étages des immeubles, où madame prend sa voix la plus câline pour vous entretenir d'un certain projet de toilette, aux tons anémiques et passés, qui est une vraie trouvaille ; — où les enfants cessent d'être bruyants et n'évoquent leurs espérances qu'avec des rires contenus ; — où le concierge lui-même devient empressé et vous remet votre correspondance, vierge de toute indiscrétion.

— Votre dîner est prêt à l'heure ; on vous réussit les plats que vous préférez ; chacun vous fait risette, et vous seriez de mauvaise humeur ? — Allons donc, ce serait injuste.

Voyez, les célibataires eux-mêmes, ces malins, qui n'ayant ni épouse, ni héritiers, ont remplacé ces êtres coûteux par une amie plus coûteuse encore, cessent de trembler, au mois de décembre. Leur amour ne court plus de dangers ; leurs amis sont moins entreprenants et la perspective des étrennes et du terme prochain refait une virginité à leur compagne.

C'est charmant, vous dis-je, cette trêve universelle, ce désarmement général de l'humanité. — Que ne peut-on faire durer l'épanouissement de cette bonté de surface, qui s'étale sur le masque des hommes et surtout des femmes ! Le vrai visage revient toujours trop vite.

Et n'allez pas vous plaindre de ce que cela vous coûte ; on ne vous plaindrait pas ! Vous figurez-vous qu'on va vous donner gratis du bonheur ?

Certainement, — j'en risque l'aveu, — ils ne sont pas toujours fort sincères, les souhaits qu'on a l'habitude de faire à cette époque de l'année : si on pouvait connaître le fond des pensées, celles qui se dissimulent derrière des paroles mielleuses et les compliments enfarinés, on en entendrait de drôles !

Il vous est permis de mettre en doute la bonne

es sentiments exprimés par l'Assemblée et des idées défendues par M. Hameau », il examinât ce qu'il serait possible de faire, dans l'état actuel de la législation, pour organiser une caisse assurant aux médecins malades une indemnité suffisamment rémunératrice. M. Lannelongue, vice-président, et M. Brouardel, membre du Conseil général, prirent à cet égard un engagement qui a été tenu. Les objections faites au rapporteur de l'ancienne commission par les membres du Conseil d'Etat et les chefs de service du Ministère ayant paru susceptibles d'appel, c'est aux ministres eux-mêmes que s'est dressé notre vice-président M. Lannelongue et est après une nouvelle enquête, après de nouvelles instances, qu'une réponse définitive nous a été faite.

« L'Association générale des médecins de France, nous a-t-il été déclaré, est bien, comme vous le dites, une Société de secours mutuels approuvée. C'est même la seule Société de ce genre, ayant un caractère fédératif, qui ait reçu l'approbation ministérielle, car la Société des voyageurs de commerce et l'Union fraternelle des agents des Compagnies des chemins de fer, que l'on vous a citées, ne constituent pas des associations fédératives, puisqu'elles sont formées de membres non résidents à poste fixe et qu'elles n'ont qu'un siège social, tandis que l'Association des médecins de France est une fédération de Sociétés locales. Le gouvernement ne pourrait plus aujourd'hui autoriser la formation d'une Société fédérative qui lui soumettrait des statuts semblables à ceux qui vous régissent. Mais ce n'est point à dire qu'il songe à vous retirer l'autorisation qui vous a été donnée. Il est, au contraire, tout disposé à favoriser l'extension des œuvres que vous avez créées ; et puisque l'article 6 de vos statuts indique explicitement que le but de l'Association générale est « de venir au secours des sociétaires que l'âge, les infirmités, *la maladie*, des malheurs immérités réduisent à un état de détresse », rien ne vous interdit de multiplier les secours accordés aux médecins malades, voire même de fixer, à l'avance, comme font d'ordinaire les Sociétés de secours mutuels, le taux de l'indemnité journalière que toucherait en cas de maladie chacun de vos adhérents. Il importe toutefois que vous ne perdiez pas de vue les obligations que vous imposent les statuts de l'Association, qui sont analogues à ceux de toutes les sociétés de secours mutuels. Il faut que, chaque année, une somme déterminée soit, par vous, versée à la Caisse des pensions ; il faut que tous les legs et tous les dons, qui n'auront pas une affectation spéciale, soient attribués à la Caisse des pensions ; il vous est impossible de retirer de la Caisse des Dépôts les fonds qui y ont été versés pour servir à la création de pensions viagères. Ces conditions étant remplies, si vous prouvez que votre avoir social disponible vous permet d'attribuer à chacun de vos membres participants une indemnité en cas de maladie, nous n'hésiterons pas à vous accorder l'autorisation de créer une Caisse nouvelle analogue à votre caisse des pensions viagères. Dans le cas où vos recettes annuelles paraîtraient insuffisantes, vous aurez la ressource de demander une modification aux articles 38 et 39 de vos statuts. L'article 39 prévoit d'ailleurs que la cotisation imposée aux membres d'une Société locale peut être augmentée. Mais, si vous vous décidez à demander que le taux de la cotisation annuelle soit augmenté, il faut que la cotisation nouvelle soit *exigée de tous les membres de l'Association sans exception aucune*. Il est matériellement impossible, en effet, d'établir des catégories entre les membres participants d'une Société de secours mutuels et de donner aux uns, en les refusant aux autres, des droits à l'assistance en cas de maladie. C'est dire que les projets qui nous ont été soumis et qui tendent à créer au sein de l'Association une œuvre d'assurance-maladie à laquelle appartiendraient, moyennant le versement d'une cotisation facultative, quelques-uns seulement de vos sociétaires, n'obtiendront jamais l'autorisation ministérielle. *Tous ou pas un*, telle est la réponse qu'il convient de faire aux auteurs de ces divers projets. Si tous les membres de l'Association demandent à profiter, comme le font les membres des Sociétés de secours mutuels, de l'indemnité accordée en cas de maladie, qu'ils consentent à faire élever le taux réellement infime de la cotisation qui leur est demandée. Mais dites-leur bien qu'en aucun cas vous ne serez autorisés à créer au sein de l'Association une caisse d'assurances alimentée seulement par un certain nombre d'entre eux. Le refus opposé à M. le Dr Lagoguey, qui maintes fois déjà a sollicité une approbation de ce genre, ne peut être accordé au Conseil général de l'Association agissant et par-

---

i des gendres qui abordent leur belle-mère, le sourire sur les lèvres ; des neveux ou des nièces qui souhaitent la longévité de M. Chevreul à un oncle, ou à une tante à héritage.

On ne saurait non plus prendre au sérieux les vieilles coquettes, peintes, teintes, qui s'extasient réciproquement sur la fraîcheur de leur minois quadragénaire.

Il est d'ailleurs bien difficile de trouver le mot propre, pour évoquer l'aspiration cachée, voluptueusement entrevue et caressée. Comment savoir ce que le prochain désire réellement ? Comment deviner l'ambition secrète qu'il nourrit, le rêve dont la réalité lui sera douce ?

Heureusement, dans notre profession, le cercle de nos souhaits est relativement restreint et il me sera peut-être possible d'y faire allusion, sans tomber dans les redites commodes et évasives. Il remplacera avantageusement l'habitude de cartonner, je veux dire d'envoyer des cartes de visite, que la note moderne déconseille de plus en plus.

Je désire d'abord que l'immortalité cesse d'être un vain mot pour la plupart des membres de l'Académie de médecine, que leurs rangs s'éclaircissent plus rarement que durant le mois dernier ; que les postulants qui attendent leur tour et rêvent un scrutin favorable, prennent patience en voyant leur boutonnière enrubannée ; que l'âge d'or puisse renaître pour tous les praticiens de France, que leur vie soit constamment ensoleillée, qu'ils voient leurs impôts diminués et ne paient pas trop cher le bonheur d'être gouvernés. Je leur souhaite :

Un peu plus de félicités, un peu moins de rhumatismes.

Un peu plus de malades rémunérateurs et moins d'étages à monter ;

Un peu plus d'optimisme, moins de misanthropie et de scepticisme.

Enfin, de sérieuses compensations dans une planète meilleure !

Quittons maintenant la sphère tranquille des généralités, dont l'évocation est un peu fade, pour entrer chez les particuliers. Je souhaite à chacun de vous, ami lecteur :

De n'avoir pas à redouter les peines et les chagrins, que les années, par le seul fait qu'elles s'accumulent, entraînent forcément après elles, pour soi et pour ceux qu'on aime.

De n'avoir pas à trembler pour les êtres chéris qui vous entourent, en vous demandant avec anxiété s'ils y seront tous, l'an prochain.

De pouvoir trouver dans un idéal élevé une

lant au nom d'une fraction seulement des membres, de votre fédération médicale.

Je me suis appliqué à reproduire presque textuellement les paroles officielles qui confirment si nettement ce que toujours, au nom du Conseil général, j'avais affirmé devant les deux dernières assemblées. Il en résulte que la proposition faite par M. le Dr Surmay, qui avait si loyalement reconnu l'inutilité de rien entreprendre sans avoir obtenu une autorisation administrative, n'a pu, comme nous l'avions prédit, être admise ni par le Conseil d'Etat ni par le ministre de l'Intérieur. Il en résulte aussi que les retards, dont se plaint M. le Dr Cézilly, incombent surtout à ceux qui, refusant de reconnaître la valeur des objections juridiques qui leur étaient faites, et ne se préoccupant pas de consulter les personnages autorisés qui auraient pu les éclairer, n'acceptaient aucun amendement à leurs projets et se bornaient à affirmer encore et toujours qu'il fallait les accepter et les imposer aux sociétés locales. Nous n'insisterons point à ce sujet. Mais, pour mieux prouver le bon vouloir que n'a cessé de montrer, dans toute cette affaire, le Conseil général de l'Association, nous n'hésiterons pas à annoncer qu'il croit être en mesure, malgré les difficultés qu'il rencontre, de satisfaire, au moins en partie, aux vœux qui lui ont été exprimés. Parmi les projets qui déjà ont été discutés, dans les séances que le Conseil général a multipliées en vue de prouver son désir d'arriver à un résultat utile, il en est qui parviendront peut-être à faciliter, sans qu'il soit nécessaire d'imposer de nouvelles charges à nos adhérents, la formation d'une caisse nouvelle ou tout au moins d'une réserve qui permettra de subventionner les sociétés locales désireuses d'offrir à ceux de leurs membres à qui la maladie impose une gêne momentanée une indemnité suffisante. Sans doute la formule mathématique, acceptée comme inéluctable par la plupart des projets que nous avons jadis analysés, ne devra plus servir de base à nos combinaisons. Le droit à l'assistance en cas de maladie ne pourra être invoqué que par les médecins à qui leur incapacité de travail imposera une gêne momentanée. Mais, nous ne cesserons de le répéter, n'est-ce point là le but que doit poursuivre l'Association générale ? Si nous pouvions affirmer que, dans un avenir relativement prochain, tous les médecins que l'âge, les infirmités, la maladie ou tout autre malheur immérité réduisent à un état de détresse seront assurés de trouver une assistance efficace en s'adressant aux trésoriers des sociétés locales, n'aurons-nous pas réalisé le vœu si souvent exprimé par le Président que nous venons de perdre et à la mémoire duquel tous ceux qui sont vraiment soucieux de défendre la dignité et les intérêts du corps médical ont rendu un juste et respectueux hommage ? Que ce droit à la sympathie, au dévouement, à l'affectueuse assistance de leurs confrères se traduise par un emprunt qu'ils rembourseront quand, avec la santé, l'aisance leur sera rendue ou par un don que leur état de fortune ne leur permettra point de refuser, peu nous importe. Tous, dans l'Association, nous n'avons et ne devons avoir qu'une seule préoccupation : chercher, par tous les moyens dont nous disposons, à éteindre le paupérisme médical, à faire en sorte que tous nos adhérents soient toujours assurés de trouver autour d'eux, dans cette grande famille médicale qui ne devrait se réunir chaque année que pour resserrer les liens d'estime et de solidarité professionnelles, qui sont sa raison d'être et de prospérer, l'assistance morale et matérielle dont ils peuvent avoir besoin. C'est cette idée généreuse qui a inspiré le projet que discute en ce moment le Conseil général. Nous ne doutons point que le nouveau rapporteur de la Commission nommée pour le défendre devant la prochaine Assemblée générale n'en fasse accepter le principe. Et nous espérons que, dans quelques années, les réserves accumulées en vue de créer une caisse d'assistance contre la maladie seront de nature à satisfaire les vœux exprimés par tous ceux qui se préoccupent de préparer et de fonder les institutions propres à compléter et à perfectionner l'œuvre d'assistance que l'Association générale des médecins de France a entreprise et qu'elle saura faire prospérer.

L. Lereboullet.

Oui, très honoré collègue, nous avons la prétention, justifiée par tous nos actes, de *n'avoir en vue que la défense des intérêts professionnels du corps médical*. Si nous commettons des erreurs de fait, c'est que, bien moins que vous, nous sommes renseignés ; vous venez de nous le prouver :

---

compensation à vos déboires : Idéal en art, en amour, idéal dans le devoir, voilà le phare mystérieux sur lequel il faut lever les yeux, et qui permet de marcher le cœur haut dans la vie, en dépit des trahisons et des vilenies !

Puissiez-vous ne jamais être emprisonné dans l'étroit horizon des partis ou des coteries ; n'être jamais les serviteurs exclusifs d'aucun groupe humain, en d'autres termes, ne jamais aliéner votre indépendance.

Avoir assez de loisirs pour vous permettre de temps en temps de déguster sensuellement quelques bons livres et même d'en grignoter de légers, joyeux ou décolletés.

Je vous souhaite un peu plus de verdeur que la nature, qui, à cette époque de l'année, est entièrement dépouillée. Puisse votre cœur ne pas se congeler et vos idées ne pas se dessécher, ne pas se détacher des branches de votre esprit, avec une sensation de douloureuse nudité !

Je veux même ouvrir une parenthèse pour faire remarquer combien il est singulier qu'on ait choisi une période aussi maussade, aussi froide, aussi pénible pour les malheureux, pour faire commencer la nouvelle année. C'est une contradiction choquante. Comment voulez-vous que les âmes puissent s'illuminer d'un rayon de charité, lorsque là-haut le firmament est noir et que la bise souffle avec violence ?

Vraiment, il aurait été plus rationnel de transporter cette date aux premiers jours du printemps, par exemple vers Pâques, au moment où la résurrection d'un Dieu coïncide avec celle de la nature, où il y a fête dans le ciel et sur la terre.

J'appelle de tous mes vœux une réforme rationnelle de l'année ; je voudrais que le premier janvier fût reporté à l'époque où les arbres commencent à s'habiller de neuf, où les buissons ont déjà presque toute leur parure, au moment enfin où il y a un vrai recommencement des choses. La vie débute par l'enfance, et il serait juste de faire débuter l'année comme la nature et comme la vie !..

....

Que seras-tu, nouvelle venue, encore dans tes langes ? — Que nous apportes-tu ? — Est-ce encore le mal et la bêtise qui domineront ? — Le passé peut faire redouter l'avenir et la toile va se baisser sur une pièce en 365 scènes, qui a été peu attrayante. — Qui peut dire ce qui se prépare dans les coulisses ? — Je préfère ne pas y penser.

Bah ! ce serait peut-être amusant.

Dr Grellety.

Alors dites-nous aussi pourquoi ces retards dont ous nous plaignons. Vous avez assez de génésité pour excuser quelques paroles *désobligeans*, venues en quatre années sous la plume de ux qui écrivent au *Concours*. Ils ne sont pas tisfaits et ils le témoignent vivement. Leur tort n'est pas bien grand.

Pourquoi ne comprenez-vous pas qu'en prénce d'objections qui nous ont fait perdre un mps bien précieux, nous ayons le droit de proser une *agitation en nombre* et, par exemple, en ualité de président d'une Société locale, de faire gner aux membres des départements, une pétion au *Président général* pour lui exprimer note désir de faire, si cela est possible, l'*indemnité maladie, œuvre de droit, et non de charité*; *uvre de prévoyance et non d'assistance* !

Vous êtes bien sévère, et, si des *scissions* se roduisaient, ce sont ceux qui résistent aux meileures œuvres qui seraient les responsables et on pas nous. Celui qui, *dans quelques années, oudra écrire un chapitre de déontologie médile*, pourra dire qui s'est opposé à la création des *yndicats*; qui s'est montré incrédule au sujet de *caisse des pensions de retraite*; qui s'est oposé également à la création de l'*indemnité de roit* et a voulu une *œuvre* hybride : l'*indemnité aritable au médecin malade*.

Quels sont les artisans de la prospérité matéielle de l'Association ? Ne sont-ce pas les milers de médecins qui, depuis trente-deux ans, lui pportent leur mince obole, jointe aux dons des ersonnes généreuses ? Eh bien, sachez-le, ce n'est as seulement la charité entre confrères qu'ils ont n vue, — cette aspiration a pu suffire à l'origine ; ais aujourd'hui que la prospérité de l'Assoation est assurée, ils veulent mieux et plus ! s *trois millions* accumulés suffisent à l'Assisnce, à la charité médicale. Ils veulent inciter urs confrères aux œuvres de prévoyance, aux uvres de droit auxquelles chacun peut prendre rt dans la mesure de ses ressources.

Toutes ces *œuvres de prévoyance* se résument peu de mots : exciter le médecin à faire des onomies, à les mettre en commun et à les admistrer sans aucun frais, pour rendre à celui ui s'impose un sacrifice, beaucoup plus que les mmes qu'il aura versées.

L'indemnité de maladie qu'on nous offre n'est s ce que nous voulons.

On nous offre une œuvre de charité. Nous nous pposerons, dans la mesure de notre pouvoir et nos votes, à cette transformation, et nous dirons futur *Président* :

M. le Président, « Les *Œuvres de prévoyance* nt les œuvres les plus dignes d'une profession érale. En ce qui concerne la charité, le secours nfraternel, continuez l'œuvre de l'Association, l'agrandissez pas, car aucun des associés ne rra son entier épanouissement. Réservez tout tre appui, toute votre faveur, aux œuvres de lidarité que vous recommandent les statuts et us illustrerez ainsi votre présidence, après les enfaiteurs qui vous ont précédé. »

Quant à vous, Monsieur et honoré collègue, ous savons que vos paroles ne vous sont dices que par amour pour l'Association, vos rapports en sont le témoignage. Permettez cepenant à vos contradicteurs d'être d'une opinion fférente de la vôtre et ne suspectez ni leurs roles, ni leurs mobiles. Ils sont plus près que vous des souffrances et ils les traduisent vivement et fidèlement.

Vous nous l'avez dit, le Conseil général *ne peut que des Œuvres de charitable assistance médicale* au sein de l'Association. Nombre de présidents des sociétés locales vous répondent : *Nous préférons, maintenant, les œuvres de prévoyance et ce sont elles que nous vous convions à étudier avec nous*, pour le plus grand bien de la profession.

A. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'infection par le bacille commun du côlon (ou coli-bacille).

Le bacterium coli commune, que l'on pourrait aussi appeler coli-bacille, étudié pour la première fois par Escherich, en 1884, fut tout d'abord considéré comme un simple saprophyte du tube digestif. Mais, depuis deux ans, de nombreux travaux ont démontré que ce microorganisme pouvait, dans certaines circonstances, pénétrer dans les tissus et acquérir des qualités pathogènes. Les symptômes varient suivant les localisations, et les états pathologiques engendrés par ce microbe se présentent sous des formes cliniques très diverses. En réunissant toutes les observations encore éparses, on arrivera facilement à décrire les diverses infections causées par le bacteri coli commune, aujourd'hui surtout qu'il n'est plus permis d'admettre, comme l'avaient fait quelques bactériologistes, l'identité de ce dernier microbe et du bacille typhique.

M. *Chantemesse* vient d'observer, avec MM. *Widal* et *Legry*, deux de ces faits d'infection. Dans le premier cas, il s'agit d'un vieillard qui entre à l'hôpital Necker avec tous les signes cliniques du choléra nostras à la période algide. Il succombe en quelques heures. A l'autopsie, faite peu d'heures après la mort, teinte hortensia du gros intestin et de l'intestin grêle ; psorentérie, ecchymoses sur quelques plaques de Peyer ; rate normale, foie et reins petits et mous. Les cultures avec les parenchymes restent stériles, mais dans les matières fécales, dans les parois de l'intestin, le péritoine, la bile, on trouve le coli-bacille avec ses caractères typiques et doué d'une grande virulence quand on inocule les cultures aux animaux. Ce fait paraît confirmer les observations de MM. Gilbert et Girode sur la pathogénie du choléra nostras.

Parmi les infections cholériformes dues au colibacille, il faut placer les phénomènes septiques qui compliquent l'obstruction intestinale ; lorsque une hernie s'étrangle brusquement, on voit apparaître des accidents qui constituent ce qu'on a appelé le « choléra herniaire ». M. Verneuil avait autrefois émis l'idée que le liquide contenu dans le sac herniaire devait renfermer des matières toxiques et irritantes, et il recommandait la désinfection soigneuse du sac, de l'anse étranglée et de l'épiploon avant même de procéder à l'exploration de l'anneau et au débridement. Les recherches de Nepveu, de Clado, de Laruelle ont, depuis, démontré que le bacterium coli commune traversait, en effet, dans ces cas, la paroi intestinale, même en dehors de toute ulcération, et venait pulluler dans le liquide du sac herniaire et dans

la sérosité de la cavité péritonéale, produisant alors tantôt des phénomènes cholériformes, tantôt des accidents d'une évolution plus lente où la fièvre et la péritonite avaient le temps de se montrer.

Dans le deuxième fait d'infection par coli-bacille, il s'agit d'une femme enceinte de quatre mois, atteinte d'obstruction intestinale par rétroversion utérine. Bientôt apparaissent de la fièvre et des phénomènes de péritonite. On réduit la rétroversion, l'état semble s'améliorer, mais la malade avorte, et, deux jours après, les phénomènes fébriles reparaissent. On fait le curettage ; des lambeaux fétides de la muqueuse utérine donnent des cultures pures de coli-bacille. La malade succombe. A l'autopsie, on trouve une adhérence de l'intestin à l'utérus avec abcès péritonéal. Dans ce pus, dans le sang du cœur, dans l'utérus, etc., on trouve à l'état de pureté le bacterium coli commune.

Cette observation démontre que l'utérus gravide en rétroversion peut, en comprimant l'intestin, en altérer les parois et permettre ainsi la migration du coli-bacille ; elle est, de plus, un exemple de pseudo-fièvre puerpérale, différente de l'infection puerpérale vraie, à porte d'entrée utérine, toujours causée par le streptocoque, et analogue à ces pseudo-fièvres puerpérales où l'on trouve un bâtonnet et où la porte d'entrée n'est pas l'utérus, mais la vessie.

Le bacterium coli commune peut, dans d'autres cas, remonter dans les voies biliaires et produire la cholécystite, l'angiocholite suppurée, des abcès du foie. Il peut émigrer plus loin encore et déterminer un foyer de suppuration dans le corps thyroïde ou une méningite suppurée. La plupart des observations de méningite suppurée publiées en ces dernières années, et dans lesquelles on a incriminé un bacille pseudo-typhique, sont des cas de méningites par coli-bacille. Enfin, tout récemment, M. Sevestre a rapporté à la Société un cas remarquable de méningite due à ce même microbe.

Le bacterium coli commune pourrait même se retrouver dans l'épanchement des pleurésies purulentes ; M. Chantemesse a ainsi observé dans deux cas, en 1889, un microbe présentant tous les caractères du coli-bacille, mais il n'osa pas, à cette époque, attribuer à ce dernier la production de la pleurésie purulente.

Ce bacille garde toujours ses caractères propres et ne peut être confondu avec le bacille d'Eberth ; jamais, d'ailleurs, il ne détermine les lésions anatomiques de la dothiénentérie. Mais il peut, comme le streptocoque ou le staphylocoque, provoquer des infections secondaires chez le typhique, le dysentérique, le cholérique. Le bacille qu'Emmerich, en 1884, à Naples, retira, aussitôt après la mort, des organes des malades ayant succombé au choléra asiatique, fut identifié par Meisser avec le coli-bacille. Ce microbe avait sans doute déterminé des infections secondaires favorisées par la lésion préalable de l'intestin.

Après la mort, le coli-bacille peut se développer très rapidement, comme tous les germes intestinaux. Il faut donc soumettre tous les cas d'infection par le coli-bacille à une critique rigoureuse, rechercher, autant que possible, le microbe pendant la vie ou rapidement après la mort ; il faut enfin le trouver en culture abondante, ou même en culture pure dans les lésions qu'il a produites.

Quant à la différenciation du bacille typhique et du coli-bacille, elle est facile à faire, grâce à un procédé employé récemment par MM. Chantemesse et Widal, et basé sur les propriétés fermentatives de l'un et de l'autre microbe. De la lactose ajoutée à un bouillon ordinaire contenant le coli-bacille fermente au bout de quelques heures passées à l'étuve à 35° ; elle ne fermente pas avec le bacille typhique. En outre, du lait ensemencé avec ce dernier ne se coagule pas, aussi longtemps qu'on le laisse à l'étuve ; le coli-bacille, au contraire, amène la coagulation en deux jours.

Etiologie de la dyspepsie.

M. A. *Mathieu* et M. *Rémond* (de Metz) ont formulé sur ce point les propositions suivantes : (Société des hôpitaux).

1° Les mêmes causes, émotions morales vives, secousses physiques, neurasthénie antérieure, chlorose (Hayem), alcoolisme, peuvent donner lieu également aux diverses formes cliniques de la dyspepsie gastrique. Les états dyspeptiques ne peuvent donc pas être classés exclusivement d'après leur étiologie ;

2° La fréquence des secousses morales ou physiques dans cette étiologie ; la fréquence des phénomènes névropathiques antérieurs à la dyspepsie démontrent nettement que la névropathie a une importance capitale dans la genèse des divers modes de la dyspepsie ; nous ne sommes pas en droit cependant et nous n'avons pas l'intention de lui attribuer une influence considérable.

3° L'étiologie ne fournit en faveur du diagnostic différentiel de la gastrite et de la dyspepsie nerveuse que des probabilités d'une valeur relative et non des certitudes. Il n'est pas démontré que la dyspepsie des alcooliques soit toujours attribuable à la gastrite, ni, quand la gastrite existe chez eux, qu'elle lui soit entièrement attribuable et subordonnée.

De la prétendue action tabétogène du traitement mercuriel. Traitement des sujets syphilitiques prédisposés aux affections du système nerveux (1).

M. A. *Fournier* rappelle que le mercure a été accusé de n'être pas étranger à la fréquence de plus en plus indéniable du tabes chez les malades entachés de syphilis. On a prétendu qu'étant un poison vasculaire, il pouvait, en exerçant une action nocive sur les vaisseaux à la fois si multiples et si déliés du système nerveux, compromettre la circulation de ce système et par suite devenir l'occasion de dégénérescences variées, dont la sclérose tabétique n'est qu'un mode d'expression.

Pour chercher ce qu'il y avait de fondé dans cette nouvelle accusation portée contre le mercure, dans cette théorie du tabes à genèse mercurielle, M. Fournier a examiné 321 observations de tabes chez des syphilitiques et il a constaté : 1° que, pour un certain nombre de cas, le mercure doit être absolument mis hors de cause par rapport à la genèse du tabes chez les sujets syphilitiques, puisque sur 321 malades il en est 24 qui

(1) Société de déontologie et de syphiligraphie.

sont devenus tabétiques sans avoir jamais absorbé de mercure ; 2° que le nombre des sujets syphilitiques qui aboutissent au tabes est en progression descendante au fur et à mesure que le traitement spécifique devient plus long et prend le caractère d'une médication susceptible d'effets thérapeutiques. L'accusation formulée contre le traitement mercuriel de la syphilis en tant que constituant une prédisposition au tabes, une cause de tabes, ne repose donc sur aucune base sérieuse.

L'étude des observations montre encore qu'en dépit des traitements spécifiques rationnels et prolongés, on voit parfois des sujets syphilitiques aboutir au tabes.

Dans certains cas, les revers qui nous incombent restent vraisemblablement imputables à l'oubli de certaines indications thérapeutiques, auxquelles on néglige généralement de satisfaire dans le traitement de la syphilis. Quand on se trouve en présence d'une manifestation syphilitique, on prescrit de l'iodure et du mercure et on ne songe pas, le plus souvent, à conjurer les manifestations d'avenir directes ou indirectes que la syphilis est susceptible d'éveiller, en raison des prédispositions, des tendances, des tares morbides du sujet infecté.

Quand un sujet se présente à nous avec de simples plaques muqueuses, par exemple, nous ne nous préoccupons pas bien vivement de son passé pathologique, de ses tendances morbides, de ses tares personnelles ou héréditaires ; nous ne nous attachons pas à rechercher sur lui quel est le « lieu de moindre résistance », quel est le système défaillant et vulnérable qui se trouve *ipso facto* menacé pour l'avenir, etc... Ou bien si de telles préoccupations nous troublent, il faut bien avouer que notre thérapeutique ne les traduit guère, à en juger par son usuelle uniformité.

Cependant, à certains malades, il y aurait autre chose à prescrire que de l'iodure et du mercure. Aux nerveux, par exemple, il faudrait leur recommander une hygiène spéciale ; il conviendrait de les soustraire à toutes les causes capables de créer une excitation morbide pour le système nerveux : fatigues, excès de tout genre, surmenage, émotions de jeu ou de bourse. Certains médicaments, comme les bromures ou tous autres agents du même genre, leur seraient très utiles. L'hydrothérapie a sa place marquée dans un traitement de cet ordre, au titre d'agent tonique, d'agent régulateur des fonctions nerveuses.

Traitement des névralgies faciales par la cocaïne.

M. le Dr Malherbe (*Gazette médicale de Nantes*), a obtenu par des injections sous-cutanées de cocaïne la guérison de deux cas de névralgies faciales rebelles à tout autre traitement et datant l'un de 3 ans, et l'autre de 19 ans.

M. Malherbe emploie indifféremment les solutions suivantes :

1° { Eau distillée, 20 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne, 1 gr.

2° { Eau distillée, 20 gr.
Acide borique, 50 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne, 1 gr.

3° { Eau distillée, 10 à 15 gr.
Glycérine neutre, 10 à 15 gr.
Chlorhydrate de cocaïne, 1 gr.

Les deux dernières formules donnent des solutions qui ne se laissent point envahir par des moisissures, comme la solution dans l'eau distillée.

On pourrait également employer la cocaïne pure (et non le chlorhydrate), dissoute dans la vaseline liquide dans la proportion de 2/100 ; mais M. Malherbe n'a pas essayé cette formule.

Quelle que soit la formule que l'on emploie, il est bon pour faire l'injection de procéder de la manière suivante : on pique très légèrement la peau, surtout si l'état douloureux existe au moment de l'opération. Aussitôt qu'on a pénétré dans le derme, on injecte une goutte qui anesthésie les tissus par son contact ; on enfonce alors tout doucement, en continuant à injecter, de manière à faire précéder pour ainsi dire la pointe de l'aiguille de la goutte insensibilisante. En employant ce petit tour de main, on rend l'injection fort peu douloureuse. Lorsque la pointe de l'aiguille est parvenue vers le milieu de la région douloureuse, on pousse le piston en ayant soin de retirer ou d'avancer doucement l'aiguille, et en changeant quelque peu sa direction. On arrive ainsi à étaler le liquide sur une plus grande partie du territoire douloureux et surtout on évite à coup sûr, si l'on prend ces petites précautions, de faire une injection intra-veineuse de cocaïne. Peut-être la pénétration trop rapide de la cocaïne dans les vaisseaux n'est-elle pas sans influence sur la production des accidents qui ont été quelquefois observés, principalement quand l'injection est faite en un point quelconque de la tête.

Il ne faut jamais commencer par une dose supérieure à deux centigrammes et demi, c'est-à-dire une demi-seringue ; on pourra augmenter ensuite lorsqu'on aura tâté ainsi la susceptibilité du malade.

Toutefois, avant d'employer la cocaïne à la légère dans trop de cas, il faudra songer à la possibilité d'accidents analogues à ceux dont il est question dans l'article suivant.

Empoisonnement mortel par la cocaïne.

M. *Berger* a rapporté à la Société de chirurgie l'observation d'un homme atteint d'une hydrocèle développée rapidement, grosse comme un œuf de dinde, tendue et sans aucune communication avec le péritoine. M. Berger constata la transparence et se méfiant d'une lésion tuberculeuse de l'épididyme, prescrivit à son interne de pratiquer la ponction et l'injection iodée.

La pratique du service de M. Berger est d'introduire deux à trois cuillères à soupe d'une solution de cocaïne au 100e. L'interne de M. Berger avait introduit dans la vaginale une cuillère à soupe de solution au 50e, et avait évacué complètement cette solution. L'injection iodée fut faite, mais presque immédiatement le malade tomba dans le coma absolu avec des mouvements convulsifs et une contracture généralisée. Sur les lèvres se trouvait une écume blanche et sanglante. Une torpeur suivit cet état convulsif qui recommença. La respiration artificielle, la trachéotomie, ne purent sauver le malade.

L'autopsie fut faite à la Morgue par M. Richardière, qui avait déjà fait 11 rapports médico-légaux sur des cas de mort par la cocaïne. La seu-

le lésion à noter était une insuffisance mitrale et quelques adhérences péritonéales. Il n'existait pas la moindre communication vagino-péritonéale.

Il est donc question ici d'un cas d'intoxication par la cocaïne, et M. Berger en prend la responsabilité. La peur, une tumeur cérébrale latente, une hémorrhagie cérébrale, l'insuffisance mitrale ne peuvent être incriminées. Du reste, les fortes doses de cocaïne ont donné tous ces symptômes dans les expériences qui ont été faites. Bignon a vu aussi la mort survenir par des convulsions et il les rapporte à l'urémie. Blanchi et Georgeri ont appliqué aussi de la cocaïne sur des centres nerveux et ont obtenu d'abord de l'hyperexcitation et plus tard du collapsus; ce sont, du reste, des résultats auxquels est arrivé M. Laborde.

A-t-on employé une dose trop forte? Non, car M. Berger emploie toujours cette même quantité et ne va pas jusqu'aux 50 centigrammes recommandés dans l'opération de hydrocèle par M. Baillet dans sa thèse. — Ce qui a pu contribuer à l'absorption, c'est l'état des parois qui n'étaient pas encore épaissies, la maladie étant récente. De plus, l'alcoolisme et l'insuffisance mitrale ont pu aider à la mort.

Avant cet accident M. Berger croyait à l'innocuité de cette substance employée dans ces proportions, puisque sur des centaines de cas il n'avait jamais observé d'accidents prémonitoires.

M. *Reclus* n'est pas de l'avis de M. Berger sur la dose de la cocaïne. A l'hôpital Tenon, il avait eu des accidents avec 25 centigrammes et 20 centigrammes et cela toujours dans des vaginales.

M. Reclus même, d'ordinaire, ne va jamais jusqu'à 20 centigrammes et n'a plus d'accidents. Cette petite quantité de cocaïne est du reste plus que suffisante pour produire l'anesthésie.

Les morts sont, en somme, causées par des doses toujours trop fortes.

M. *Labbé* n'a jamais été enthousiaste des injections de cocaïne dans la tunique vaginale. Cependant il a pratiqué une fois cette injection avec une dose de 25 centigrammes et a bien failli perdre son malade qui a été en danger pendant deux heures.

M. Labbé conclut des cas de mort cités par M. Richardière, de celui de M. Berger et d'un cas qu'il connaît, que la cocaïne est plus dangereuse que le chloroforme.

MÉDECINE PRATIQUE

Difficultés de diagnostic du cancer de l'estomac et de quelques formes cliniques anormales.

Le cancer de l'estomac, étant le plus fréquent des cancers, se rencontre à chaque instant dans la pratique, mais sous des aspects si variés qu'il est assez rare de voir deux cas identiques. Souvent le diagnostic est facile, si on est consulté à une période déjà avancée; parfois il est très épineux, et même impossible.

I

Dans une excellente Revue parue en 1890 dans la *Gazette des Hôpitaux*, M. Gaston Lyon, aujourd'hui chef de clinique de la Faculté, a exposé fort clairement les difficultés de ce problème. Il a fait un examen critique des symptômes classiques et des signes nouveaux proposés par divers observateurs depuis quelques années pour porter remède à l'insuffisance des premiers.

Les symptômes classiques se divisent en signes commémoratifs, signes fonctionnels, signes physiques, signes généraux et signes tirés de l'évolution. Il suffit de les énumérer pour montrer qu'aucun d'eux n'est de nature à faire poser un diagnostic avec assurance.

De l'*hérédité*, des *antécédents personnels* et de l'*âge*, c'est à peine si on peut déduire des présomptions; le cancer de l'estomac apparaît souvent chez des gens qui n'ont jamais eu de troubles dyspeptiques, tandis qu'il peut se greffer sur une vieille gastrite; les cancers précoces ne sont pas très rares: au moins 1 fois sur 100, d'après M. Marc Mathieu, ils surviennent avant 30 ans.

La *douleur* peut être nulle, modérée ou très vive; il n'est pas de plus mauvais signe, a dit M. Dujardin-Beaumetz.

S'il est vrai que l'*anorexie* soit souvent précoce et absolue, que le *dégoût des viandes* soit très accentué dans le cancer, la persistance de l'appétit pour tous les genres d'aliment a été plus d'une fois observée. M. Beaumetz a cité un malade qui jusqu'à la fin mangea des œufs durs en salade. Marc Mathieu cite un soldat qui eut jusqu'à sa mort un appétit tel qu'on le crut atteint du tænia. Je parlerai plus loin d'un malade qui jusqu'au dernier jour de sa vie mangea de la viande avec le plus grand plaisir.

De nulle valeur diagnostique sont d'autres signes de dyspepsie comme les *renvois*, le *hoquet*. Les *vomissements* fournissent sans doute des renseignements utiles dans certains cas; je ne parle pas des vomissements pituiteux qui ne prouvent que la gastrite; les vomissements rares et abondants, contenant des aliments non digérés, supposent une sténose pylorique sans indiquer sa nature; survenant immédiatement après les repas, ils ne signifient plus rien, parce qu'ils peuvent exister dans les affections les plus diverses. Quant à l'hématémèse, au vomissement noir, ils peuvent manquer absolument pendant toute la durée du cancer, ou être remplacés par le mélæna, qui fait défaut d'ailleurs aussi quand la muqueuse n'est pas ulcérée. Le vomissement noir peut se rencontrer dans plusieurs autres affections que le cancer de l'estomac; dans la gastrite ulcéreuse avec ou sans dilatation, dans la cirrhose, dans le cancer du foie avec intégrité de l'estomac, etc.

La *constipation* et la diarrhée, la lientérie, peuvent exister tour à tour.

Parmi les signes physiques, si la *dilatation* de l'estomac existe dans le cancer du pylore, elle n'a de valeur qu'à la condition de s'accompagner de contractions visibles de l'organe. Celles-ci, qu'il est facile de provoquer en percutant l'épigastre pendant la digestion, permettent de distinguer un estomac à musculature hypertrophiée en arrière d'un obstacle de l'estomac dilaté flasque, atonique, tel qu'il existe dans la *maladie de Bouchard*; mais, le diagnostic de sténose pylorique étant posé, il reste à trancher la nature du rétrécissement. Chez un individu âgé, peu ou point dyspeptique antérieurement, on incline naturellement à supposer que l'anneau pylorique est cancéreux; chez un individu jeune, qui a eu des signes de gastrite ulcéreuse (douleurs, dyspepsie, hématémèse), on pense plutôt à une sténose cicatricielle, consécutive à un ulcère guéri. J'ai été témoin d'un cas semblable: l'homme avait 30 ans,

nullement cachectique ; il avait un vaste estomac énergiquement contractile et des vomissements périodiques d'aliments à peu près digérés plusieurs heures après l'ingestion ; il avait eu deux ans auparavant des symptômes imputables à une gastrite ulcéreuse. On conclut logiquement à une sténose cicatricielle du pylore ; le chirurgien fut mandé pour faire, après la gastrotomie, la divulsion ou la résection du pylore ; le ventre ouvert, on trouva un cancer annulaire du pylore.

Rappellerai-je que la *phlegmatia* alba dolens, réputée symptomatique du cancer par Trousseau, a été vue dans la gastrectasie (Bouchard).

Qu'il existe ou non une *tumeur*, le diagnostic n'en est pas plus ferme ; car il faut penser aux cancers de la face postérieure ou de la petite courbure non accessibles, aux cancers infiltrés en nappe, aux cancers mobiles, fuyants, aux tumeurs qui siègent loin de la région épigastrique, aux tumeurs d'organes voisins qui simulent le cancer de l'estomac.

Nous n'attacherons pas plus de valeur encore à l'*œdème des membres inférieurs*, à l'*ascite*, au *purpura*, à la *teinte jaune de la peau*, à l'*amaigrissement* et aux autres signes de *cachexie*. La marche et la durée ne prouvent guère non plus ; il y a des rémissions dans certains cancers sous l'influence d'une thérapeutique heureuse ; j'ai vu un cancer qui galopait si vite que le malade était confiné au lit quelques mois après le début apparent ; la tumeur était grosse, l'alimentation presque nulle à cause des vomissements incessants. Un illustre professeur annonce avec ménagement, mais fermeté, aux parents que dans quelques semaines tout sera fini. Cependant, après quelques semaines de lavages de l'estomac et d'alimentation rectale, le malade se relevait, reprenait ses affaires, voyageait et ne succombait qu'un an plus tard. Jusqu'à son dernier jour il a mangé la viande avec plus de plaisir que tout autre aliment. Certes il ne faut pas nier pour le commun des cas les conclusions des statistiques de Brinton, Lebert et Valleix qui donnent comme durée moyenne quinze mois ; mais il est des cancers galopants qui tuent en trois ou quatre mois, et M. Dujardin-Beaumetz a cité des cas qui avaient duré plus de cinq ans.

II.

L'embarras où nous laisse l'examen des signes classiques, fait qu'on est bien aise de s'adresser, pour s'éclairer, à l'étude des signes nouveaux.

L'existence de certaines *adénopathies à distance* signalée par Virchow, Henoch, a été étudiée dans ces dernières années par Troisier, Belin ; on en a trouvé dans les régions sus-claviculaires et cervicales, dans les plis inguinaux. Notre confrère, M. Grognot (de Milly) nous en communique un exemple nouveau. Mais l'adénopathie peut être tuberculeuse, syphilitique, liée à une pseudo-leucémie ; elle peut d'ailleurs être en rapport avec un cancer viscéral non gastrique, mais œsophagien, pulmonaire, voire hépatique ou utérin.

L'analyse du suc gastrique au moyen des réactifs colorants qui permettent de déceler la présence d'acide chlorhydrique libre (tropéoline, violet de méthyle, vert brillant, phloro-glucine vanilline) ne deviendra pas d'un usage courant, comme tout ce qui nécessite un outillage. M. Lyon résumait ainsi, en 1890, les connaissances acquises sur ce point.

« L'acide chlorhydrique libre fait habituellement défaut dans le cancer ; toutefois son absence n'est pas constante ; on peut même exceptionnellement observer une acidité chlorhydrique normale ou même l'hypéracidité. L'absence d'acide chlorhydrique appartient à la période avancée du cancer. Elle paraît due aux lésions dégénératives de la muqueuse. Peut-être d'autres causes accessoires interviennent-elles, telles que la neutralisation par le mucus, la combinaison avec certaines matières albuminoïdes. L'absence d'acide chlorhydrique peut se rencontrer dans d'autres affections que le cancer et, par conséquent, n'est pas absolument pathognomonique. On peut, en effet, la constater dans les états fébriles, dans certaines dilatations de l'estomac, les gastrites dégénératives, et même dans les dyspepsies nerveuses, sans substratum anatomique. Malgré ces restrictions, l'analyse du suc gastrique s'impose dans tous les cas où le diagnostic est douteux. »

Depuis que M. Lyon formulait ces conclusions, l'analyse chimique de la sécrétion gastrique a fait des progrès au point de vue scientifique de l'exactitude, puisque MM. Hayem et Winter ont trouvé une méthode qui leur permet de doser tout le chlore du contenu gastrique, non seulement l'acide chlorhydrique libre, mais celui qui est combiné aux peptones ; toutefois cette exactitude plus grande n'a été obtenue que par une complication de la méthode d'examen, qui ne peut être entreprise que par des personnes exercées et requiert plusieurs heures, ainsi qu'un outillage de laboratoire. D'ailleurs cette méthode même ne mène pas à d'infaillibles conclusions au point de vue du diagnostic du cancer. Dans un cas qui est à ma connaissance, il y avait hésitation entre une adénie et un cancer gastrique ; les résultats de l'analyse chimique par le procédé de MM. Hayem et Winter détournèrent de ce dernier diagnostic, qui se trouva pourtant vérifié par l'événement. Ce que je dis n'est nullement pour critiquer une méthode, qui a déjà permis à M. Hayem de faire de très intéressantes recherches sur les dyspepsies et que M. Albert Mathieu a mise aussi en pratique avec succès ; mais il faut reconnaître que cette méthode demeure encore inapplicable pour l'immense majorité des médecins.

La *diminution du taux de l'urée* (hypoazoturie), des chlorures et des phosphates, donnée par M. Rommelaere comme un signe important en faveur du cancer ne prouve qu'une diminution dans l'intensité des actes nutritifs, qui peut exister dans bien des états morbides.

On ne peut tirer également que des conclusions insuffisantes de la *leucocytose* et de la *diminution de l'hémoglobine*.

III.

Je consignerai ici plusieurs FORMES RARES de cancer gastrique.

J'en ai vu un bien remarquable par la *rapidité de son évolution*. Un homme de 60 ans que j'avais examiné avec une grande attention à l'occasion d'un zona, et qui jouissait, en apparence, de la plus florissante santé, me vint trouver deux mois plus tard si cachectique que j'hésitais à le reconnaître. Il était entré d'emblée dans la cachexie, mais n'éprouvait que très peu de signes dyspeptiques ; aucune douleur ; seulement l'anorexie

était absolue et à l'épigastre, que j'avais senti quelques semaines avant absolument souple, existait un plastron cancéreux, large de trois travers de doigt. A propos du zona, je dirai que c'est la deuxième fois qu'il m'est donné de constater l'apparition d'un cancer gastrique peu de temps après un zona des derniers espaces intercostaux, particularité qui s'explique probablement par la fréquence des névrites périphériques chez les cancéreux et chez les dyspeptiques, que j'ai bien des fois constatées.

J'ai parlé d'un cas où l'évolution subit une suspension d'un an sous l'influence des lavages. Il est bien curieux à un autre point de vue. La tumeur siégeait à l'origine sur la grande courbure, elle était assez pesante pour entraîner de plus en plus bas, jusqu'à mi-chemin de l'ombilic au pubis, la limite inférieure de l'organe qui resta longtemps dilaté. C'est à ce moment que le malade fut réduit à une telle cachexie par inanition et par auto-intoxication que sa mort semblait prochaine à l'un des plus expérimentés parmi les cliniciens. Les lavages antiseptiques, l'alimentation rectale temporaire, puis le gavage quand l'estomac fut redevenu plus tolérant, remirent le condamné sur pied. Cependant l'évolution de la tumeur ne s'arrêtait pas ; elle grossissait à vue d'œil, mais gagnait la face antérieure et vraisemblablement aussi la postérieure, rétractant l'organe par une marche concentrique, si bien que la limite inférieure remonta peu à peu jusqu'à l'ombilic, puis au-dessus de lui ; tout clapotage gastrique avait disparu alors. On constatait aisément à la vue et au palper une masse grosse comme une tête de fœtus qui avoisinait l'épigastre ; c'était l'estomac transformé en une boule cancéreuse. Malgré cet envahissement néoplasique concentrique et centripète avec hypertrophie colossale des parois, la muqueuse résista des mois et s'ulcéra si tardivement qu'il n'y eut de melæna et d'hématémèses que dans les derniers jours de la vie. La douleur avait été insignifiante ; elle n'avait existé que dans la période de grande dilatation, quand des acides de fermentation se développaient dans les matières alimentaires stagnantes et elle cédait toujours au lavage avec l'eau naphtolée alcalinisée.

J'ai vu une femme succomber à l'hôpital Cochin après plusieurs mois d'une cachexie si inexplicable qu'on s'était rabattu sur le diagnostic d'*anémie pernicieuse progressive* ; l'autopsie révéla une si petite plaque d'infiltration cancéreuse au voisinage du pylore qu'il fallut l'examen microscopique pour prouver la nature épithéliomateuse de cette portion indurée de la paroi gastrique.

Une femme encore jeune est apportée à l'hôpital Lariboisière en état de coma : rares et profonds mouvements respiratoires avec gémissements, pupilles dilatées, sans réaction, cyanose des téguments refroidis et conservant indéfiniment le pli du pincement (comme chez les cholériques); clapotage gastrique sous-ombilical; dans l'urine, coloration rouge-vin de Bourgogne par le perchlorure de fer (réaction dite acétonurique de Gerhardt). Mort en 48 heures malgré l'évacuation et le lavage de l'estomac. Autopsie : cancer annulaire du pylore. La mort ici a été le résultat du *coma dyspeptique* par auto-intoxication, état si analogue à certaines formes de coma diabétique.

M. G. Lyon cite une forme dyspeptique que revêt *le cancer latent chez les femmes enceintes*, où les vomissements rebelles sont imputés à la grossesse, où l'œdème des membres inférieurs s'explique naturellement par les causes multiples qui provoquent l'œdème chez les femmes grosses, où la teinte jaune faible est remplacée par une simple pâleur des téguments et des muqueuses : si bien qu'on a plus d'une fois provoqué l'accouchement prématuré pour mettre fin aux vomissements incoercibles.

On a vu que le cancer gastrique peut se masquer d'*anasarque* ou d'*ascite* de façon à mettre sur les fausses pistes d'affection du *rein* ou du *cœur*, de *cirrhose* hépatique ou de *péritonite chronique*.

Un cancer du pylore a simulé l'*obstruction intestinale* (Landouzy), l'*étranglement herniaire* (Quénu).

On a pu prendre pour une *tuberculose pulmonaire* un cancer de l'estomac avec lymphangite cancéreuse pulmonaire consécutive.

Ce ne sont, certes, pas encore toutes les erreurs connues et possibles, mais ces notes cliniques, destinées à faire réfléchir à l'occasion sur certaines difficultés de pratique, n'ont pas la prétention d'épuiser le sujet comme un chapitre de pathologie.

P. Le Gendre,
Médecin des hôpitaux de Paris.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Adénopathie sus-claviculaire gauche précoce dans le cancer de l'estomac,

Par le docteur Grognot (de Milly).

Dans le cancer les ganglions lymphatiques peuvent être infectés, non seulement par l'envahissement néoplasique de proche en proche des vaisseaux blancs, mais aussi par le transport à distance des éléments figurés ; « il se fait de véritables embo- « lies de cellules cancéreuses qui gardent leur « vitalité, s'arrêtent dans les ganglions et y coloni- « sent. » (1). Ce transport même peut être rétrograde. Il se ferait, d'après Troisier (2), soit par oscillations du courant lymphatique, véritables marées produites par les mouvements respiratoires, soit par des mouvements amiboïdes qui permettraient aux cellules de remonter le courant lymphatique. C'est ainsi qu'il explique les cas d'adénopathies qui, plus fréquents à gauche, se produisent dans les cancers des organes de l'abdomen.

Ces faits, bien que rares, ont été déjà signalés en Allemagne en 1863 par Henoch, en 1874 et 1879 par Friedreich et Leube, en France en 1880 par Merklen à la Société anatomique, par Troisier à la Société médicale des hôpitaux, en novembre 1886 et janvier 1888, Raymond, Hutinel, Millard, adénopathie siégeant à droite, etc., rapportèrent des faits analogues que l'on trouve dans la thèse de Belin 1888 et le travail déjà cité de Troisier.

Ce dernier fait remarquer que les adénopathies sus-claviculaires sont plus souvent dues aux cancers de l'estomac qu'à ceux des autres organes de l'abdomen, 14 cas sur 77 ; on pourrait y ajouter deux autres cas de Raymond (3).

Aussi n'est-ce point seulement pour ajouter à cette liste que nous publions l'observation suivante, mais aussi parce que nous voulons mettre en relief la valeur diagnostique des adénopathies sus-claviculaires alors que le cancer est latent.

(1) *Traité de chirurgie*. Article de Quénu, p. 387.
(2) L'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers de l'abdomen. *Archives générales de médecine*, 1889.
(3) P. Raymond. Note sur le cancer de l'estomac. *Revue de Médecine*, 1887, p. 856.

Pour Trolsier en effet, et c'est le cas le plus fréquent, l'adénopathie sus-claviculaire ne serait qu'un accident tardif du cancer abdominal.

Mme B..., 58 ans. Le père serait mort de pneumonie, la mère d'un cancer de la face. Bien portante jusqu'à l'âge de retour, 52 ans, où elle eut des pertes très abondantes qui lui causèrent un très grand affaiblissement. Ces troubles de la ménopause durèrent environ deux ans et elle ne s'en rétablit pas depuis. A la fin de l'an dernier elle a perdu en peu de temps sa fille, son fils, son gendre. La fatigue et les chagrins causés par ces malheurs successifs ont encore accru le mauvais état de sa santé.

Le 6 février 1891, elle vient me consulter, se plaignant de souffrir depuis plus d'un mois de pituites, de pertes d'appétit, d'embarras au creux de l'estomac, surtout après les repas, et enfin d'un sentiment de lassitude extrême. La langue n'est nullement saburrale. *L'examen de l'estomac n'apprend rien :* pas de douleur à la pression, pas de dilatation, ni de clapotement. La malade, très émaciée, est d'un examen facile dans la recherche des ganglions, qui m'est suggérée par ses antécédents qui me font craindre le cancer d'estomac. En effet, je reconnais facilement, dans le triangle sus-claviculaire gauche, au-dessus de la partie moyenne de la clavicule et aussi en arrière d'elle, *quelques ganglions indolores, durs, mobiles*, gros comme un pois à une petite noisette des bois. Pendant cet examen la malade me dit qu'elle-même les avait déjà observés. En effet, le plus gros est directement sous la peau comme en avant de la partie supérieure de la clavicule, ce qui le met en saillie.

17 février. — Les ganglions ne paraissent pas avoir augmenté.— Constipation.

10 mars.—L'état est le même. La constipation persiste, pituites plus fréquentes.

4 avril. — L'amaigrissement augmente, le teint devient de plus en plus terreux. — Dégoût de la viande. — Douleur au creux épigastrique.

8 juillet. — La malade jusqu'à ce jour a présenté à peu près les mêmes symptômes. Bien qu'examinée avec soin tous les huit jours, ce n'est qu'aujourd'hui que l'on perçoit, en la recherchant avec attention, *au creux épigastrique une sensation d'épaississement, mais qui ne donne pas encore la perception nette d'une tumeur*. Les douleurs sont plus vives à la pression. Il n'y a pas encore d'hématémèse, mais des selles noires se sont manifestées à trois ou quatre reprises. Les ganglions ont augmenté de volume.

1er sept. — Depuis quinze jours, douleurs vives, vomissements alimentaires fréquents, aujourd'hui marc de café. *La tumeur*, qui, à trois ou quatre reprises, semblait avoir disparu, *devient très nette* et paraît de la longueur de l'index sur trois ou quatre travers de doigt de large.

Les ganglions sont peu augmentés et toujours indolores ; il n'y en a pas ailleurs. La malade est examinée quelques jours après par mon ami le docteur Desforges qui confirme mon diagnostic.........

23 décembre. — L'état de la malade, suivi toujours de huit en huit jours, s'est constamment empiré. La tumeur a envahi tout l'estomac, respectant jusqu'ici les organes voisins. Ni le diagnostic, ni la mort à bref délai ne sont aujourd'hui douteux.

Comme on le voit, le diagnostic du début n'aurait point été facile sans la présence des ganglions sus-claviculaires. Le cancer a dû débuter probablement par la paroi postérieure de la muqueuse stomacale et, comme il arrive en ces conditions, le cancer demeura latent. Ce n'est que six mois après que l'on put percevoir une sensation d'épaississement qui, après diverses ocillations, permit, au bout d'un mois, d'affirmer l'existence d'une tumeur.

Or, lorsqu'on soupçonne non seulement un cancer de l'estomac, mais aussi un néoplasme de la cavité abdominale et même thoracique,—car Chomel a cité un cas de cancer du poumon avec adénopathie sus-claviculaire,— il faudra explorer avec soin les ganglions du cou, des régions axillaires et inguinales. Aussi, après avoir reconnu la présence de ceux-ci éliminant la possibilité de la tuberculose et des autres causes plus rares d'adénopathie, et s'aidant des commémoratifs et divers symptômes actuels, on pourra, croyons-nous, affirmer l'existence d'un cancer viscéral et indiquer sa localisation, alors même que celui-ci est encore latent.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques.

Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre de l'intérieur a décerné les récompenses suivantes aux Membres du Concours ci-après désignés qui se sont distingués par leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité.

Pendant l'année 1888 :

Médaille de Vermeil. M. Fouquet, médecin des épidémies du département du Morbihan.

Médaille de Bronze. M. Langlais, médecin des épidémies de Pontivy.

Pendant l'année 1889 :

Médaille de Vermeil. M. Mignot, médecin à Pougues-les-Eaux, vice-président du Conseil du département de la Nièvre.

Médaille de Bronze. M. Bertin, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, membre du Conseil du département de la Loire-Inférieure.

Pendant l'année 1890:

Médailles de Bronze. MM. Butterlin, de Baume-les-Dames (Doubs), et Millet, de Noyon (Oise).

SERVICE D'HYGIÈNE DE L'ENFANCE.

Médailles de Vermeil. MM. Mazade, à Marseille ; Séjournet, de Revin.

Médailles d'argent. MM. Delobel, à Noyon (Oise) ; Gierszyncki, à Ouarville (Loiret) ; Toussaint, d'Argenteuil.

Médailles de Bronze. MM. Durand, à Saint-Martin-d'Auvigny, et Surbled, de Corbeil.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS EN 1890.

Médailles d'argent. MM. Alirol, au Puy ; Bardy, à Belfort ; Blayac, de Paris ; Fouquet, à Vannes ; Greuelle, à Gérardmer ; Mangenot, à Paris ; Peton, à Saumur ; Souligoux, à Vichy ; de Welling, à Rouen.

Nous avons déjà entretenu nos lecteurs des difficultés survenues au sujet des honoraires dus à un certain nombre de médecins à l'occasion du choléra. La *France médicale*, précise l'état actuel de la question. *L'Association des médecins des Pyrénées-Orientales* vient d'assigner devant le tribunal civil de Perpignan le préfet du département, représentant l'État et le maire de Perpignan, représentant la ville.

Les faits remontent à l'année dernière, au moment où, le choléra s'étant déclaré sur certains points du territoire espagnol, des mesures furent prises à la frontière française.

En vertu des deux décrets du 28 juin et du 2 juillet 1890, le gouvernement enjoignit à tous les voyageurs provenant d'Espagne, de se présenter à la mairie des villes dans lesquelles ils s'arrêteraient pour y fixer leur résidence, et il enjoignit, en outre, aux maires de toutes les commu-

nes de France, de faire procéder à la visite sanitaire, pendant trois jours, de tous les voyageurs venant de l'autre côté des Pyrénées. M. le maire s'entendit avec les docteurs de la ville, lesquels, moyennant 3 francs dans l'enceinte de la ville et 6 francs dans la banlieue, prix débattu et consenti, s'engagèrent à faire les visites sanitaires exigées par le ministre.

Quand tout danger cholérique fut écarté, MM. les docteurs présentèrent au Conseil municipal de Perpignan leur note, montant au chiffre de 12.429 fr.

Le Conseil municipal adressa la note au ministre avec prière de la régler, disant que, puisqu'il avait ordonné les visites, c'était à lui de les payer.

Le ministre de l'intérieur répondit qu'il voulait bien participer à la dépense, gracieusement, pour une somme de 3.000 francs, mais que les frais des visites devaient, d'après les décrets, être supportés par la ville.

Le Conseil municipal distribua aux médecins les 3.000 fr. ministériels, mais refusa obstinément de donner un centime de plus sur les fonds communaux, prétendant que, la mesure ayant été prise pour sauvegarder la nation entière, il était absolument injuste qu'une ville payât pour tout le pays sous prétexte qu'elle était ville frontière.

Depuis un an le conflit dure sans que les parties eussent pu se mettre d'accord. C'est pourquoi les médecins, las d'attendre, viennent de s'adresser aux tribunaux pour obtenir le règlement de leurs 9.429 francs, soit par l'Etat, soit par la ville.

Quoique le préfet doive déposer un déclinatoire d'incompétence, pour employer le langage bizarre du barreau, la solution du procès ne nous paraît pas douteuse et nous ne pouvons qu'engager nos confrères des Pyrénées-Orientales à persister dans leurs revendications. Non seulement il serait absurde d'imposer à une ville, parce qu'elle est près de la frontière, la charge de payer pour la protection du territoire tout entier, mais d'autre part c'est un fait de jurisprudence constant que c'est à la personne qui a demandé le médecin qu'incombe le payement des honoraires. La chose est d'autant plus claire que la loi du 3 mars 1822 met nettement ces frais au compte du gouvernement.

— Le bureau de l'Académie de médecine pour 1892 est ainsi composé : Président, M. Regnault ; Vice-président, M. Villemin ; Secrétaire-général, M. Bergeron ; Secrétaire annuel, M. Cadet de Gassicourt.

— Le bureau de la Société médicale des hôpitaux de Paris se trouve ainsi composé pour l'année 1892 : Président, M. Desnos ; Vice-président, M. Fernet ; Secrétaire-général, M. Rendu ; Secrétaires des séances, MM. Siredey et Le Gendre.

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Début de la grippe à localisation sur l'appareil respiratoire.

1° Antipyrine .... 1 gr. 50
Chlorhydrate de QUININE .... 1 gr.

Divisez en 3 cachets. Les deux premiers à intervalle d'une demi-heure. Le troisième deux heures plus tard, si la céphalalgie et la fièvre n'ont pas diminué.

2° Potion. Benzoate de soude du benjoin .... 5 gr.
Eau de laurier-cerise .... 10 gr.
Sirop de codéine .... 20 gr.
Julep gommeux .... 120 gr.

P. L. G.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

MM. les docteurs GAUTIER, de Pouilly-sur-Loire (Nièvre), membre de l'Association des médecins de la Nièvre ; BUTTE, directeur de la Policlinique (Paris), présenté par M. le Directeur ; BATTREAU, de Loudun, présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part du décès de M. le Dr RAJECKI, du Meux (Oise), qui, installé depuis deux ans, à peine, a succombé aux suites d'un accident de cheval. M. Rajecki venait d'être admis dans la Société des médecins du département ; et de M. le docteur LONCLE, de Touroure (Orne).

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Viennent de paraître :

Catéchisme des premiers soins en cas d'accident publié sous le patronage de la Société française de sauvetage avec 45 figures. Prix, franco : 1 fr.

Ce petit volume, très solidement cartonné, ne devra pas quitter la poche du praticien.

En cent pages, suivies du tableau des principaux empoisonnements et du traitement à leur opposer, les premiers secours sont résumés en un style clair et précis. Le prix minime de un franc est le prix de revient de la Société qui n'a eu qu'un but : affirmer son zèle à secourir les malades par des soins éclairés.

Annuaire des diplômés, 1891, par Paul Meyau. Prix : 5 fr., 4 fr. net franco pour MM. les membres du Concours médical.

Cet annuaire comble une lacune, il donne le nom, le lieu de naissance, la faculté où ils ont été reçus de tous les diplômés. Théologie, droit, lettres, sciences, enseignement spécial, médecine, pharmacie, sages-femmes, licenciés, etc., en un mot c'est le bottin de tous les esprits cultivés. Chacun aime à connaître ou à retrouver ses camarades de promotion ou de nomination à un grade quelconque. C'est un cadeau d'étrennes à offrir aux parents reçus à un examen en 1890-91.

Guide pratique des exercices physiques, hygiène et résultats, par le Dr Roblot, chevalier de la Légion d'honneur. In-8° de 60 pages, avec gravures intercalées dans le texte. Prix : 2 fr. 50.

TABLE DES MATIÈRES.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année N° 2 9 Janvier 1892

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

L'influenza de 1891-92.

La grippe-influenza a décidément fait une nouvelle explosion épidémique en Occident et notamment en France. De la plupart des points du territoire on en signale des foyers.

A Paris, depuis trois semaines, elle s'est montrée avec les caractères qu'elle avait il y a deux ans ; nombre croissant de cas, augmentation de la gravité au fur et à mesure que ceux-ci se multiplient, et apparition de cas bizarres par la juxtaposition de symptômes insolites aux symptômes cardinaux : fièvre, douleurs de tête et douleurs contusives des membres, rachialgie.

Nous revoyons les deux formes principales, respiratoire et digestive ; nous en rencontrons de singulières comme ces débuts par le syndrome de l'angine de poitrine, par la syncope, par une douleur hépatique simulant la colique hépatique vraie, par une tachycardie qui fait battre le cœur 200 fois par minute. (Sansom, Symes Thompson, Soc. méd. de Londres.)

Nous retrouvons ces broncho-pneumonies à marche rapide et asphyxiante, ces paralysies bronchiques ou bronchoplégies. Un de nos distingués lecteurs de Bretagne nous faisait part d'un cas de néphrite aiguë très étrange qui pourrait bien être une localisation de la grippe.

La politique sanitaire.

Dans une des dernières séances de l'Académie, M. A. J. Martin a lu un programme fort remarqué sur cette question. Nous en analyserons certains passages.

Notre confrère appelle politique sanitaire la direction donnée par l'autorité publique aux mesures destinées à préserver, maintenir et améliorer la santé publique.

Depuis longtemps on réclame des modifications à la législation sanitaire du pays et le Parlement est saisi de plusieurs projets. La conséquence des réformes devra être la diminution des chances de mort qui nous menacent. Le peu d'accroissement de la population rend ces mesures indispensables.

Il faut s'occuper des moyens immédiats et des moyens plus ou moins éloignés d'assurer la prophylaxie des épidémies et des maladies transmissibles. Les premiers se subdivisent comme il suit : l'information officielle des cas de maladie, la vaccination pour les affections dont le vaccin a jusqu'ici été trouvé, l'isolement, la désinfection sous toutes ses formes. Les seconds comprennent : les mesures d'assainissement des habitations, les mesures locales de salubrité, les grands travaux d'assainissement et l'organisation de la statistique démographique.

La sauvegarde de la santé publique est confiée, en France, au pouvoir municipal, sous le contrôle de l'administration préfectorale. La loi sur les logements insalubres confère des pouvoirs particuliers aux conseils municipaux et la loi sur la protection des enfants du premier âge permet aux départements de prendre des mesures déterminées pour ce qui concerne l'hygiène de la première enfance. L'Etat, d'autre part, s'est réservé la police sanitaire des épidémies de choléra, peste et fièvre jaune, les travaux généraux d'assainissement et de salubrité, les établissements insalubres, le travail industriel, la salubrité des substances alimentaires. Enfin, certaines dispositions des Codes sont applicables à la santé publique.

Il est facile de démontrer que la législation sanitaire française est à la fois trop générale, trop large et trop étroite : trop générale et trop large, parce qu'elle ne définit pas les pouvoirs de l'autorité et laisse croire qu'en théorie elle lui en accorde d'absolus ; trop étroite, puisque, dans la pratique, ces pouvoirs sont trop souvent sans effet, en raison des entraves dont ils sont entourés. Les pouvoirs publics ont le droit d'ordonner toutes les mesures d'hygiène, mais ils sont tenus de n'en pas spécifier les moyens d'exécution ; les dépenses, même les plus urgentes, ne peuvent

être effectuées sans des retards quelquefois considérables ; ils peuvent, en principe, assurer l'assainissement, mais après des formalités sans nombres et sans règles précises.

Notre législation sur les logements insalubres est devenue un obstacle considérable aux progrès de l'hygiène publique. Son abrogation s'impose et elle devra avoir pour conséquence de confier au pouvoir municipal tout l'ensemble de la salubrité et de la prophylaxie, avec l'aide ou l'action du pouvoir central dans les cas de négligence, incurie, mauvais vouloir ou péril public. Il est non moins urgent d'établir, dans chaque commune ou groupement de communes, un règlement sanitaire prescrivant les mesures et les procédés nécessaires pour protéger la santé publique, suivant les conditions locales et d'après les avis des agents et conseils compétents. La cohésion et la simplification des prescriptions légales concernant l'hygiène publique font, en effet, défaut en France : 14 villes, dotées de Bureaux municipaux d'hygiène, ont cherché à y remédier ; il y a lieu de généraliser leur exemple, dans la mesure compatible avec les exigences locales et de modifier notre organisation administrative et notre législation de telle sorte qu'elles ne puissent apporter des entraves, mais bien plutôt venir en aide à de tels efforts. Alors seront plus aisément acceptés les sacrifices budgétaires momentanés que commande l'amélioration de notre situation démographique.

Quelles que soient d'ailleurs les réformes justement sollicitées, on n'en peut attendre un effet utile et durable qu'autant qu'elles s'appuient sur les progrès de l'hygiène privée, sur la compétence des autorités qui en ont la charge et, par suite, sur le développement de l'éducation professionnelle des hygiénistes. Cette triple condition est indispensable pour assurer à l'hygiène publique la confiance qu'elle doit inspirer et lui donner une direction ferme, précise et régulière, conforme à son principe et ne livrant au hasard aucune de ses applications. D'où la nécessité de susciter le plus possible les initiatives, d'organiser l'enseignement et les pratiques de l'hygiène privée sous toutes les formes et de les encourager généreusement.

Un emploi thérapeutique du bleu de méthylène.

M. *C. Paul* a remarqué que le bleu de méthylène donné à la dose de 0.30 est absolument inoffensif et qu'alors l'urine prend une belle teinte verte ; il suffit de 0.05 pour que cette teinte, plus légère, dure deux jours.

Cette réaction immédiatement visible a un double intérêt :

1° Elle permet au médecin de s'assurer si certains sujets (syphilitiques, simulateurs, prisonniers) ingèrent bien une potion prescrite ;

2° Elle frappe le malade et peut ainsi jouer un rôle important, avec les pilules de mie de pain, qu'on peut prescrire sous des noms divers, dans a thérapeutique suggestive (1).

Injections huileuses.

M. *Dujardin-Beaumetz* déclare que les huiles sont bien préférables, comme véhicule, à la vaseline liquide pour les injections sous-cutanées de solutions antiseptiques. Il est absolument certain que les injections d'huile sont fort bien supportées, puisque Burlureaux a été jusqu'à 200 grammes par jour. M. Dujardin-Beaumetz ne dépasse pas 15 à 20 gr. par jour. Parmi les huiles, il a trouvé l'huile de foie de morue très irritante ; il n'est guère satisfait de l'huile d'arachide. Ces injections servent surtout à véhiculer la créosote ou ses produits constituants. Personnellement, M. Dujardin-Beaumetz croit la créosote préférable à ses produits constituants, le gaïacol par exemple. Les deux principales contre-indications sont à ses yeux la fièvre et les hémoptysies. Les inconvénients sont la nécessité d'un appareil difficile à faire fonctionner à la campagne. Mais on peut administrer la créosote autrement, et par exemple le rectum supporte très bien des suppositoires de 1 gramme. On a de bons résultats par des doses de 1 gr. tous les deux jours.

M. *C. Paul* reconnaît que la méthode rectale est très pratique ; on peut facilement, avec quelques gouttes de laudanum, donner même des lavements créosotés. Mais les inhalations créosotées sont aussi une excellente méthode.

M. *Beaumetz* l'adopte, mais lui reproche, surtout pour les inhalations sous pression, la nécessité d'avoir des appareils spéciaux.

Mort par piqûres de frelons.

Il y a quelques semaines nous avions le regret d'annoncer la mort d'un confrère très estimé, le Dr Condon (du Vay) ; cette mort est d'autant plus déplorable, disons-le incidemment, qu'elle a laissé dans la plus pénible situation une veuve avec six enfants tout jeunes. A n'envisager que le côté clinique de ce triste événement, les circonstances dans lesquelles s'est produit la fin de notre regretté confrère, telles que nous les tenons de notre collaborateur M. Duhourcau (de Pau), son ami, sont dignes d'être relatées.

« Dans le courant de septembre, Condon fut piqué au cou et à la joue par des frelons qu'il voulait détruire : il sentit trois piqûres, et fut pris aussitôt après de douleurs violentes qui l'obligèrent à s'aliter ; sa tête et son cou se gonflèrent, et malgré l'application d'ammoniaque et d'eau vinaigrée, il resta deux jours sans pouvoir sortir. Depuis il n'a jamais retrouvé sa santé, il éprouvait une sensation de faiblesse considérable, ses jambes flageolaient ; il avait comme des bosselures à la tête, etc., etc. Durant un mois environ il fit sa clientèle assez bien, lorsqu'un matin, ayant eu à sortir de très bonne heure et à aller loin dans sa voiture découverte, il fut pris de douleurs vives à la joue qui avait été piquée et au cou ; sa tête gonfla, et il dut rentrer chez lui. Soulagé un peu dans la nuit, il voulut, le lendemain, faire quand même son service, mais sa joue enfla et devint tendue et douloureuse, la gorge gonfla aussi, la tête se prit ; Condon dut s'aliter, pour se soigner, et..... il ne s'est plus relevé !

Il a eu un adéno-phlegmon de la joue, de la gorge et du cou, et, malgré les soins les plus dévoués et les plus assidus de ses trois confrères de Vay, malgré l'intervention active et empressée de deux de ses amis de Pau (dont M. Duhourcau), il a succombé aux suites de ces piqûres de frelons ; il est mort dans un accès de délire, subitement, comme dans une syncope, par embolie cérébrale sans doute. Il faut donc retenir cette gravité exceptionnelle et à longue échéance des piqûres multi-

(1) Soc. de thérap., 23 décembre.

ples de frelons ; il en existe quelques autres exemples, mais celui de Condon est des plus frappants.»

Fluxion menstruelle de la pulpe dentaire.

M. *Régnier* a rapporté, à la *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, le cas suivant. Une dame, atteinte d'un point de carie dentaire sans douleur, subit un grattage de sa dent malade jusqu'à la pulpe. Celle-ci est protégée par une petite capsule de platine au-dessus de laquelle la mauvaise dent fut aurifiée. Depuis lors, tous les mois, à l'époque de la menstruation, la malade éprouve une véritable rage de dents localisée au point aurifié. Cette fluxion douloureuse dure environ quarante-huit heures ; elle s'est reproduite huit fois aux dates indiquées. Est-elle provoquée par la capsule de platine qui joue le rôle d'épine et contre laquelle vient presser la pulpe congestionnée ? ou bien cette fluxion accompagne-t-elle normalement les phénomènes menstruels et n'est-elle douloureuse en un point qu'en raison de la présence de la capsule ? M. Régnier déclare qu'il y a là un doute qui mérite d'être éclairci, surtout au point de vue physiologique. Il se propose d'enlever la capsule et de surveiller alors ce qui se passera dans la pulpe.

Vésication par une solution de sublimé.

M. *Aubert* (de Lyon) vient de faire connaître un nouveau mode de vésication par l'emploi d'une solution de sublimé. Une compresse imbibée d'une solution de ce sel à 1/100 produit, au bout de 6 à 7 heures, une vésication analogue à celle obtenue par un vésicatoire cantharidien. La phlyctène est limitée au contour exact de la compresse, et d'après des expériences qui demandent encore à être contrôlées, le sérum serait aseptique, n'ensemencerait pas les bouillons de culture. La douleur paraît un peu plus vive qu'avec un vésicatoire ordinaire.

Le *modus faciendi* consiste à mettre d'abord sur la peau une lame de diachylon trouée au centre à la largeur nécessaire ; par-dessus, la compresse ou des rondelles de lint imbibées de la solution corrosive, du taffetas ciré, du coton, une bande. On aura soin, en somme, de protéger le voisinage et d'exprimer suffisamment le coton ou le lint sublimés.

M. Aubert a cherché à obtenir, avec ce mode de traitement, des effets curatifs dans le traitement de certaines syphilides, particulièrement les syphilides acnéiques, et il a constaté leur disparition sous l'influence de cette vésication résolutive.

Les irrigations chaudes du gros intestin comme moyen de soulagement dans les douleurs pelviennes et abdominales.

M. *Forez* a employé les irrigations chaudes du gros intestin chez plusieurs malades atteints de coliques néphrétiques, de névralgies ovariennes, de phlegmon du ligament large, de pelvi-péritonite, de dysménorrhée, de coliques hépatiques. Ce moyen a procuré un grand soulagement, même dans des cas où la douleur était telle qu'elle avait résisté à la morphine. Parfois, même en dehors de cette action palliative, il a paru avoir une action décongestive et antiphlogistique réelle.

Pour recevoir cette irrigation, le malade se place dans la position dite de Sims. Il est couché sur le côté gauche, le bras gauche derrière le dos, les jambes partiellement fléchies, le siège soulevé par un coussin, la tête basse. Il peut dans cette position se donner, au besoin, lui-même l'irrigation de la main droite. L'eau doit être au plus à la température de 41 à 44 degrés. La quantité injectée varie d'abord de 1/2 litre à 1 litre. L'injection est faite très lentement et gardée cinq minutes. Son expulsion est accompagnée d'ordinaire de l'évacuation d'une quantité de matières fécales. On répète alors le lavement en injectant très lentement une quantité de liquide très considérable qui est gardée le plus longtemps possible. Le soulagement est d'ordinaire obtenu par cette nouvelle irrigation. Puis, le liquide expulsé, on donne un troisième lavement, formé, cette fois, de 1/2 litre seulement et qui est d'ordinaire conservé d'abord. Ce troisième lavement est surtout utile dans les coliques néphrétiques, l'eau absorbée s'éliminant par le rein. On peut, au besoin, additionner l'eau d'un sel alcalin, d'un sel de lithine par exemple, ou employer une eau minérale.

Comment agit l'irrigation chaude ? Dans le cas de colique néphrétique, surtout du rein gauche, d'ovarite, de phlegmon du ligament large, Phillips admet que par suite des rapports du rectum et du côlon avec les organes enflammés et douloureux, il se produit par l'irrigation une sorte de bain tiède indirect de ces organes. Quelle que soit l'explication théorique, l'effet thérapeutique ne paraît pas moins intéressant à retenir. Phillips est très affirmatif sur les résultats obtenus ; quelques-uns des cas de soulagements qu'il signale, en particulier dans la dysménorrhée, sont vraiment fort remarquables.

(*Gaz. des hôpitaux*, d'après le *Med. Rec.*)

Du tétanos puerpéral.

Le tétanos à la suite de couches ou d'avortement est rare. M. *Vinay* vient d'en publier un cas dans le *Lyon médical*.

Une femme, enceinte pour la quatrième fois, fit une fausse couche au deuxième mois de sa grossesse. Au bout de quelques jours, la malade ayant présenté des signes de septicémie, un médecin appelé près d'elle pratiqua le curettage. Trois jours après, la malade avait du trismus, puis les autres symptômes du tétanos apparurent, et, deux jours après, la malade mourut.

Les cas de ce genre sont rares ; si l'on excepte les cas de tétanos puerpéral, assez nombreux dans les pays intertropicaux, M. Vinay n'en a pu recueillir que 106 cas, dont 59 à la suite de l'accouchement et 47 à la suite de l'avortement. Cette variété de tétanos est particulièrement grave, puisque la mortalité est de 88 à 89 0/0.

Certaines observations montrent d'une façon certaine que la maladie s'est communiquée quelquefois par contagion.

Dans un cas d'Heinricius, une sage-femme avait contaminé une accouchée par le toucher vaginal, après avoir donné des soins à un enfant atteint de trismus, dont elle avait pansé la plaie ombilicale.

Amon venait de soigner un ouvrier qui avait été atteint du tétanos dont il mourut. Le lendemain même, Amon dut assister une parturiente et pratiquer chez elle l'extraction artificielle du

placenta. Malgré une désinfection minutieuse des mains, cette femme présenta,le neuvième jour de ses couches des symptômes de trismus et succomba cinq jours après.

Dans le cas cité par Vinay, il est fort probable que l'instrument employé par le médecin pour pratiquer le curettage de l'utérus a été l'agent inoculateur.

Il est intéressant de noter que l'agent pathogène s'est développé chez une malade présentant des symptômes de septicémie, ce qui permet d'admettre que la plaie utérine était infectée par le bacille de la septicémie, avant de l'être par le bacille du tétanos. Or, il résulte précisément des recherches de laboratoire de Vaillard et Vincent, que le bacille du tétanos, dont le développement est difficile dans les tissus normaux ne contenant aucun bacille, se cultive, au contraire, avec la plus grande facilité dans un milieu où existe déjà un microbe de la suppuration.

Les expériences de laboratoire permettent, en outre, de comprendre la gravité toute spéciale du tétanos puerpéral. Les liquides purulents qui se développent au niveau de la plaie utérine forment des milieux de culture d'autant plus favorables qu'ils se trouvent à l'abri à peu près absolu de l'oxygène de l'air, et que le bacille du tétanos est, comme on sait, un bacille anaérobie.

Cause d'erreur dans la recherche de l'albumine dans les urines ictériques.

Avec les réactions utilisées généralement pour la recherche de l'albumine dans les urines ictériques, il se produit parfois un précipité abondant qui a toutes les apparences du coagulum albumineux. Mais ce précipité, obtenu avec la chaleur et les acides, se dissout quand on le traite par l'alcool, et ne donne pas la réaction du biuret.

Pour éviter l'erreur, il est nécessaire de traiter l'urine ictérique par 1/30 ou 1/50 de son volume d'acide acétique concentré, de laisser six ou huit heures à basse température pour éviter la décomposition, et de filtrer avant d'entreprendre les réactions ordinaires de l'albumine.

Le précipité pseudo-albumineux obtenu parfois en opérant directement sur les urines ictériques est composé de pigments biliaires et, en particulier, de biliverdine. Ce fait a été exposé par *Grocco* dans la *Rev. de Clinique* et rapporté par M. Delefosse dans les *Annales des voies urinaires*.

REVUE DE CHIRURGIE

L'occlusion intestinale, diagnostic et traitement.

I

On désigne sous le nom d'occlusion intestinale l'ensemble des accidents causés par l'arrêt complet du cours des matières, résultant d'un obstacle de nature quelconque, situé sur le trajet de l'intestin à l'intérieur de la cavité abdominale. Cette définition élimine la hernie étranglée.

Les termes d'*ileus*, de *volvulus*, de *passion iliaque*, de *colique de miserere*, d'*étranglement interne*, d'*invagination*, d'*obstruction* ne représentent que des cas particuliers de l'occlusion intestinale.

Pour étudier avec fruit le diagnostic de l'occlusion intestinale il nous faut esquisser rapidement et grouper sous une forme aussi simple que possible les conditions pathogéniques qui président à son apparition et les éléments symptomatiques principaux qui la caractérisent.

Il est classique d'admettre quatre variétés d'occlusions intestinales :

1° *Les occlusions par causes extrinsèques ou par compression.*

2° *Les occlusions par causes cavitaires ou obturatrices.*

3° *Les occlusions par causes pariétales, ou rétrécissements.*

4° *Les occlusions par vice de position.*

C'est la classification admise par Peyrot, dans sa thèse d'agrégation.

1° *Occlusions par causes extrinsèques ou par compression.*

Parmi les agents extérieurs qui agissent sur l'intestin, les uns exercent une *compression étroite* (ce sont les étranglements) ; les autres exercent une *compression large* (ce sont les compressions proprement dites).

A la catégorie des étranglements se rattachent : les hernies intra-abdominales, soit dans des orifices préparés d'avance (hernies rétro-péritonéales de Treitz, hernies diaphragmatiques), soit dans des orifices accidentels (éraillures du grand épiploon du mésentère, brides péritonéales, résultant d'une inflammation péritonéale ancienne). Dans ces cas, les accidents évoluent avec une très grande rapidité. Le terme *étranglement interne* leur convient très bien.

Les grosses tumeurs intra-abdominales produisent surtout les compressions larges. Les troubles fonctionnels qui les traduisent sont habituellement lents à s'établir. Souvent on peut les prévoir. Parmi ces tumeurs, nous signalerons surtout les *kystes de l'ovaire*, les *fibromes utérins*, les hématocèles rétro-utérines, les cancers de l'épiploon, les tumeurs ganglionnaires primitives ou secondaires.

2° *Occlusions par causes cavitaires ou obturatrices.*

Les corps étrangers divers introduits par la bouche, les calculs biliaires, les matières fécales accumulées dans le cœcum après des attaques répétées de typhlite, ou dans l'S iliaque et le rectum constituent cette variété, qui se distingue habituellement par une marche torpide et insidieuse.

3° *Occlusions par causes pariétales ou rétrécissements.*

Elles comprennent : a) l'*ileus* des anciens ou *spasme de l'intestin* dont l'existence est contestable ; — b) les *rétrécissements cicatriciels*, consécutifs à des lésions de la muqueuse (entérite, dyssentérie) ; c) les *rétrécissements néoplasiques* des parois (cancer de l'intestin grêle, du gros intestin et particulièrement de l'S iliaque et du rectum) qui produisent des accidents d'une façon lente et graduelle ; — d) enfin, les *rétrécissements d'origine congénitale*, qui occupent l'intestin grêle et surtout la partie supérieure du rectum.

4° *Occlusions par vices de position.*

A ce groupe se rattachent trois ordres de cas : a) *les invaginations* qui sont l'apanage de l'enfance et ont pour siège de prédilection le gros intestin et la région iléo-cœcale ; — b) *les torsions de l'intestin*, sur son axe, qui se font surtout au niveau de l'S illiaque ; — c) *les volvulus* qui con-

sistent en des nœuds souvent difficiles à démêler.

Nous devons ajouter que, par leur symptomatologie, les *vices de position*, particulièrement *les torsions et les volvulus*, ont la plus grande ressemblance avec ce que nous avons entendu par le terme d'étranglement interne : même soudaineté dans le début, même rapidité dans l'évolution.

II

Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une occlusion bien caractérisée par ses symptômes, il faut, pour saisir la cause et poser des indications judicieuses, se reporter mentalement à ce tableau et, opérant par élimination, voir à quelle catégorie, à quelle variété appartiennent les accidents qu'on observe.

Comment reconnait-on une occlusion intestinale ? — Suivant qu'elle évolue d'une façon aiguë ou d'une façon chronique, la symptomatologie est différente.

Aiguë, elle se révèle par une douleur atroce en un point de l'abdomen, des nausées, des vomissements, du ballonnement du ventre, la suppression des selles, l'altération des traits, qui se grippent, un sentiment d'angoisse qui n'a son égal dans aucune autre affection. La température baisse rapidement, le pouls devient insaisissable, le météorisme fait des progrès, le malade ne rend aucun gaz par l'anus, les vomissements deviennent fécaloïdes. En vingt-quatre, trente-six heures, parfois quarante-huit heures, le malade meurt dans le collapsus avec algidité.

Dans la forme *chronique*, l'occlusion est précédée par des troubles digestifs variables, des alternatives de diarrhée et de constipation opiniâtre. D'ordinaire, ces accidents disparaissent sous l'influence d'un laxatif ou d'un purgatif. D'autres fois, au contraire, ils résistent, s'aggravent et au bout de deux, trois, quatre, cinq jours, et même davantage, prennent les caractères alarmants que nous avons tracés pour l'occlusion aiguë.

La physionomie de la maladie est souvent modifiée par des complications intercurrentes : perforation de l'intestin, péritonite, abcès stercoral et fistule consécutive.

Le pronostic est très sombre et l'on ne doit pas compter sur la guérison spontanée, qui constitue une rareté.

L'occlusion ne saurait être confondue même au début avec la colique hépatique ou néphrétique et la colique saturnine. Les intoxications gastro-intestinales à forme cholérique, les empoisonnements divers par les alcaloïdes ou autres substances chimiques ne pourraient donner le change que dans des conditions exceptionnelles; songer à leur possibilité, ce sera le plus souvent faire le diagnostic.

L'occlusion étant admise, il faut rechercher sa cause ; on tiendra compte de l'âge du malade, de son état de santé antérieur, de ses antécédents héréditaires, du mode de début et du mode d'évolution des accidents actuels. On pratiquera le toucher rectal et, chez la femme, le toucher vaginal ; les tumeurs pelviennes, les néoplasmes du rectum, cancéreux ou syphilitiques ou autres sont si fréquents, qu'ils imposent cette règle d'une façon formelle.

La fixité de la douleur en un point donné est peu importante pour localiser l'obstruction. Quand le ballonnement est limité à l'ombilic et que les flancs sont aplatis, on peut présumer que l'obstacle siège haut et laisse libre le gros intestin.

La notion du mode de début et du mode d'évolution est des plus utiles.

Quand l'occlusion est aiguë, s'il s'agit d'un enfant, surtout chez lequel les symptômes d'occlusion s'accompagnent de suintement sanguin par l'anus, on a sûrement affaire à une *invagination*. S'il s'agit d'un adulte, il est probable qu'on se trouve en présence d'un étranglement et l'on devra passer en revue toutes les causes que nous avons énumérées pour admettre la plus plausible (hernie intra-abdominale, bride péritonéale, volvulus, torsion, péritonites antérieures, etc.).

Il est entendu que toutes les régions herniaires (canal crural, canal inguinal, ombilic, région obturatrice, triangle de J. L. Petit) auront été examinées minutieusement et qu'on n'aura constaté l'existence d'aucune tumeur herniaire.

Si le sujet a atteint ou dépassé la quarantaine, s'il a maigri considérablement, si la rétention des matières s'est établie lentement, on pensera aux néoplasmes (cancer de l'intestin, cancer de l'S iliaque, cancer du rectum). La palpation des fosses iliaques, le toucher rectal éclaireront le praticien.

Mais il faut bien savoir que, s'il est possible parfois de serrer d'assez près le diagnostic pour arriver à connaître la cause exacte de l'occlusion, le plus souvent, même après l'examen le plus minutieux, on n'arrive qu'à avoir des présomptions touchant la nature du mal. Fréquemment aussi on reste dans une ignorance complète ; toutefois on ne reste pas désarmé, c'est ce que fera ressortir l'étude du traitement.

Avant d'aborder ce dernier, nous ferons remarquer que les classiques s'évertuent à établir une distinction précise entre l'occlusion et la péritonite, surtout la péritonite par perforation. Nous croyons que l'existence de selles dans cette dernière, la fièvre qui la caractérise, les vomissements bilieux et non fécaloïdes permettent habituellement de faire le diagnostic.

III

TRAITEMENT.

Il est médical et chirurgical.

Le TRAITEMENT MÉDICAL a perdu beaucoup de terrain depuis l'avènement de la chirurgie antiseptique. Toutefois il est indiqué dans certains cas déterminés : ailleurs on peut l'essayer aussi, *à la condition de ne pas insister si les accidents persistent.*

Quand l'obstruction est due à l'accumulation de matières fécales dans le gros intestin parésié, chez un malade qui a eu des attaques répétées de typhlite en particulier, il faut d'abord administrer un purgatif. Les drastiques étant dangereux, on donne la préférence aux purgatifs salins et huileux. Dans le même but, on fait des injections rectales avec de grandes sondes en gutta-percha et un liquide sous pression (irrigateur Eguisier, siphon d'eau de Seltz). L'administration successive de deux lavements, l'un d'acide tartrique, l'autre de bicarbonate de soude, remplit le même but. Si le rectum lui-même est le siège de ces accumulations de matières, il faut l'en débarrasser en pratiquant un véritable curage.

L'électricité convient à ces cas, mais on doit l'appliquer suivant la méthode de Boudet, de Paris,

qui se servait de courants continus : le pôle positif, représenté par une large plaque, est promené sur la paroi abdominale, tandis que le pôle négatif, représenté par une sonde dans laquelle est glissée une tige métallique, baigne dans le rectum, dans un lavement salé préalablement administré. Il est vrai que ce moyen, qui a donné de bons résultats non seulement dans les cas de parésie intestinale, mais aussi dans les cas de coudures, de volvulus, de brides péritonéales, est en réalité peu pratique, étant donné que le praticien un peu éloigné des centres n'a pas cet appareil sous la main.

Nous n'insisterons pas sur l'insufflation, le massage, les applications de glace, la belladone, le café à hautes doses, dont l'emploi est signalé dans tous les traités classiques.

C'est au TRAITEMENT CHIRURGICAL que nous désirons réserver la plupart des développements qui suivent. Tenté dès la plus grande antiquité, il ne pouvait, sans l'antisepsie, s'imposer dans la pratique courante.

Deux modes d'intervention se trouvent en présence : la *laparotomie*, servant de base à la fois au diagnostic et au traitement ; l'*anus artificiel*, qui, sans lever l'obstacle, donne issue aux matières emprisonnées dans l'intestin. Parfois ces deux modes d'intervention ont chacun leur indication nettement posée, quand le diagnostic est certain ; mais souvent aussi, quand l'esprit du chirurgien est dans le doute touchant la cause de l'obstruction, il est difficile de se prononcer en faveur soit de la laparotomie, soit de l'entérotomie.

Pour résoudre le problème, il faut le ramener à quelques formules simples :

1° La cause et le siège de l'occlusion sont connus ; il y aura lieu de faire : a) dans un certain nombre de cas la laparotomie qui sera *curative* ; b) dans un second ordre de cas, *l'entérotomie* qui sera palliative.

2° Le diagnostic est complètement incertain, aucune donnée symptomatique ou autre ne peut diriger l'esprit vers telle ou telle cause. Que faire ? Doit-on, à l'exemple de Hutchison et de Verneuil, se préoccuper uniquement des accidents et pratiquer d'emblée l'anus artificiel, ou bien doit-on faire d'abord la laparotomie, explorer la cavité abdominale et parer à toute éventualité ?

Avant d'aller plus loin, nous avouons que cette dernière façon d'agir nous paraît plus logique et plus rationnelle.

Anus artificiel palliatif. — L'entérotomie est *primitive* ou *secondaire*. La première est celle qu'on pratique électivement après avoir établi le diagnostic d'occlusion intestinale, et quand on ne veut pas recourir à la laparotomie ; la deuxième est celle qu'on pratique après une laparotomie préalable, quand l'obstacle ne peut être levé et même n'est pas trouvé pendant l'exploration intra-abdominale.

D'une façon générale, il faut pratiquer l'entérotomie immédiatement au-dessus de l'obstacle. Mais cette règle souffre des exceptions ; souvent on est réduit à ouvrir l'anse intestinale ou la portion du gros intestin qui se présente la première.

Nélaton incisait la paroi abdominale dans la fosse iliaque droite et allait à la recherche de la terminaison de l'intestin grêle. Cette méthode, dite méthode de Nélaton, est abandonnée. Il en est de même de la méthode d'Amussat ou côlotomie lombaire. Aujourd'hui on choisit de préférence la fosse iliaque gauche. On peut à volonté inciser alors soit l'S iliaque, soit une anse de l'intestin grêle. C'est la méthode préconisée jadis par Littré ou colotomie iliaque. Sans insister beaucoup sur la technique, nous dirons que l'incision de la paroi abdominale est celle de l'iliaque externe. Habituellement, l'S iliaque ou le côlon descendant se présentent. On les reconnaît aux bandelettes longitudinales, aux bosselures qui les séparent et aux appendices épiploïques. L'intestin grêle n'a aucun de ces caractères. On fixe l'intestin aux lèvres de l'incision abdominale, on l'ouvre avec le bistouri ou le thermo-cautère........ Quand on se trouve en présence d'un cancer de la partie supérieure du rectum, de l'S iliaque ou du côlon descendant, c'est à l'anus iliaque qu'il faut avoir recours. On le pratiquera au-dessus de l'obstacle. Si ce dernier siège plus haut, sur le côlon transverse, le cœcum, etc., il faudra fixer une anse d'intestin grêle à la paroi. Les résultats fournis par la résection de l'intestin dans les cas de cancer, d'invagination chronique, de rétrécissements même cancéreux ne sont pas encourageants pour autoriser une intervention autre que l'entérotomie. Quand l'obstruction est due à l'accumulation de matières fécales et que les purgatifs n'ont pas réussi à débarrasser l'intestin, c'est à l'entérotomie et à l'entérotomie seule qu'il faut donner la préférence. C'est ainsi que se comporta M. Verneuil dans un cas présenté à la Société de chirurgie en 1887 : l'entérotomie fut suivie d'une débâcle et du rejet d'une quantité considérable de pépins de figues qui avaient causé l'obstruction.

Enfin, il est des cas où le malade se trouve dans un état tel d'affaissement, que la laparotomie, qui quelques jours avant aurait été indiquée, est devenue impossible : le chirurgien pratique *l'anus artificiel* c'est la seule chance de survie qui reste au malade.

En résumé, toutes les fois que le diagnostic permet de faire reconnaître que l'obstacle ne pourra être levé, il faut avoir recours à l'entérotomie.

Laparotomie curative. — Elle doit être précoce pour être efficace. Le traitement médical ne doit pas être prolongé au delà de douze ou vingt heures, particulièrement dans les cas aigus. C'est dans ces derniers qu'elle est surtout indiquée.

La technique de la laparotomie est aussi simple que celle de l'entérotomie ; il suffit de s'entourer de précautions antiseptiques encore plus rigoureuses. Deux aides sont nécessaires : l'un pour le chloroforme, l'autre pour prendre part à l'opération. Le chirurgien fera l'incision sur la ligne médiane et au-dessous de l'ombilic. Avant d'ouvrir le péritoine il aura soin que l'hémostase soit parfaite. Cela fait, il se rendra directement du côté du cœcum, qu'il prendra comme point de repère, suivra le gros intestin dans toute son étendue. S'il ne trouve rien, il déroulera l'intestin grêle en ayant soin de le faire rentrer au fur et à mesure qu'il l'aura exploré, afin d'éviter qu'il soit souillé. Au cours de ces recherches, il sera habituellement assez heureux pour trouver l'obstacle et le lever. Si, contre son attente, il trouvait un cancer de l'intestin il devrait pratiquer l'anus artificiel, en fixant l'intestin aux lèvres de la paroi abdominale. L'entérotomie faite dans ces conditions est assurément inférieure à celle qui est exécutée dans la fosse iliaque : jusqu'ici elle reste préférable à la résection.

Laparotomie exploratrice. — Nous avons envi-

sagé le cas où le diagnostic de la cause a été posé, ou tout au moins soupçonné, et nous avons dit que, suivant les cas, il y a lieu de pratiquer soit la laparotomie curatrice ou l'entérotomie primitive, purement palliative.

Nous avons à nous occuper des cas plus nombreux où le diagnostic de la cause est inconnu. Quelle sera la conduite du chirurgien ?

Hutchison dit : « Chaque fois que le diagnostic de l'occlusion est incertain, je refuse d'opérer ; je réserve la laparotomie pour le cas où le diagnostic d'étranglement interne est ferme. » L'opinion de Verneuil se rapproche beaucoup de celle d'Hutchison. Quand la cause de l'obstruction échappe, il fait d'emblée une entérotomie, pour parer immédiatement aux accidents. Quand la cause anatomique est connue, il fait la laparotomie, recherche l'obstacle et l'enlève s'il est possible.

Toutefois, la plupart des jeunes chirurgiens professent un avis différent : pour eux, dans les cas obscurs, la laparotomie exploratrice est la seule indiquée. L'on peut retourner la proposition de M. Verneuil et dire : Si le diagnostic est bien établi, l'anus artificiel peut être choisi comme opération suffisante. Pour une obstruction due à des matières, c'est assez de mettre fin à la rétention en attendant la mort. Mais, si la cause des accidents reste inconnue, c'est alors qu'il faut ouvrir le ventre pour chercher l'obstacle et triompher, si on peut ; on a tout à gagner et rien à perdre.

En pareil cas l'anus artificiel est une opération *de renoncement* ; car il faut compter sur une chance heureuse pour que le malade guérisse et l'expérience démontre qu'il ne guérit pas souvent. Aussi, dans les cas douteux, la laparotomie est le mode d'intervention le plus rationnel, celui qui donne le plus de chances de succès. Si la laparotomie ne donne pas tous les résultats qu'on pourrait espérer, ce n'est pas qu'avec l'antisepsie elle ait une extrême gravité, c'est avant tout parce qu'on la fait trop tard. Les chirurgiens voient les malades épuisés, algides, presque morts. Dans des pareilles conditions, il faut l'avouer, l'ouverture du ventre est mal indiquée, autant vaut un anus artificiel. Mais, quand on arrive à temps, la laparotomie reprend ses droits. Dire que dans les cas douteux il faut renoncer au traitement radical, n'est-ce pas encourager beaucoup de nos confrères à persister dans des manœuvres dites médicales, qui ne sont bonnes qu'à fatiguer l'intestin, irriter le péritoine et laisser passer l'heure où le malade pouvait être sauvé ?

TRAVAUX ORIGINAUX

Des oreillons et de leurs complications adventices.

La maladie vulgairement connue sous le nom d'oreillons, qu'il ne faut pas confondre avec la parotidite, est-elle aussi bénigne qu'on le croit généralement, et les moyens thérapeutiques qu'on lui oppose à ses débuts suffisent-ils à conjurer les complications graves qui signalent si souvent son évolution morbide ? Telle est la double question que me suggère une épidémie récente d'oreillons, dont j'ai été à même de suivre les différentes phases. Je n'hésite pas d'y répondre par la négative.

La place secondaire que leur assignent les nosographes et la légèreté avec laquelle est traitée cette maladie me paraissent en contradiction formelle avec les documents journellement fournis par l'observation clinique. La relation sommaire de l'épidémie qu'on lira plus bas en témoigne largement.

Similaire des fièvres éruptives par sa symptomatologie, la maladie ourlienne ne présente-t-elle pas dans le cours de son cycle morbide des accidents thoraciques, digestifs, cérébraux, articulaires et néphrétiques absolument identiques à ceux que l'on observe dans la rougeole, la scarlatine et la variole ? Les oreillons n'affirment-ils pas leurs tendances électives pour les reins, par la fréquence de l'albuminurie ? Ils ont en sus à leur actif l'orchite métastatique, qui leur est absolument propre. A ce propos, je me rappelle avoir soigné il y a quelques années à Menton un homme, jeune encore, qui, à la suite d'oreillons dont il avait été atteint à 17 ans, était resté frappé d'impuissance. Les cas de ce genre sont assez rares dans la science pour que j'en fasse mention. Donc, s'il y a parité dans la nature des complications morbides observées, et leur gravité, pour quelle raison n'y en aurait-t-il pas également dans l'énergie du traitement ?

D'autre part, on a peine à concilier l'espèce d'indifférence que l'on professe généralement pour les oreillons et le rôle effacé qu'ils jouent dans la nosographie avec les doctrines contagionistes et parasitaires du jour. On se demande, non sans surprise, comment il se fait que la pathogénie des oreillons n'ait pas été déjà l'objet des recherches des bactériologistes : leur caractère essentiellement contagieux et vraisemblablement infectieux désignait d'avance cette maladie à l'attention de l'École microbienne. Il est présumable que, si les oreillons n'ont pas été comme la plupart des maladies encore rangés dans la catégorie des affections parasitaires, c'est à la rareté seule des examens nécropsiques qu'il faut attribuer cette lacune. Adepte peu fervent de la doctrine qui aujourd'hui plane en souveraine sur la pathologie générale, je n'ai pas à soulever ici cette question de pathogénie (1).

Maintenant, je laisse parler les faits cliniques dans la relation succincte de l'épidémie d'oreillons signalée plus haut et qu'on va lire.

En juin dernier une épidémie d'oreillons éclatait brusquement dans le collège de X. où se trouvaient comme élèves deux de mes neveux. Il faisait à ce moment une chaleur intense sur le littoral où est située l'Institution ; ce qui démontre déjà que, contrairement aux affirmations des auteurs, le froid n'entre en rien dans la causalité de la maladie. Neuf élèves furent successivement atteints, mais à des degrés différents, dont l'intensité augmenta, selon la loi, en raison de l'âge. Les 2 premiers, 9 et 10 ans, en furent quittes pour une dizaine de jours à l'infirmerie. Pas la moindre complication — Les 3 autres,

(1) Notre confrère nous permettra de lui rappeler que depuis plusieurs années les recherches de Bouchard, Capitan et Charrin, ont mis hors de doute la nature microbienne des oreillons, en montrant le microbe. (*Note de la Réd.*)

âgés de 12 et 13 ans, furent moins favorisés. L'un des trois fut atteint d'un érisypèle de la face avec symptômes généraux et tuméfaction considérable des glandes sous-maxillaires et salivaires. Les deux autres présentèrent des signes inflammatoires du côté de la gorge et des bronches. Pharyngo-laryngite et trachéo-bronchite qui persistèrent plusieurs semaines après la disparition des symptomes initiaux.

Chez les 4 derniers, âgés de 15 à 17 ans, l'oreillon présenta une forme plus accentuée. Sur le premier, l'aîné de mes proches, la maladie affecta une marche assez insidieuse : bénigne au début, l'affection sembla se résoudre par délitescence, mais la manifestation presqu'immédiate d'un eczéma impétigineux sur la région dorsale nous démontra que nous avions affaire à une métastase, dont les oreillons sont coutumiers. La phlegmasie cutanée a duré *deux mois et demi* et n'a cédé qu'aux antiseptiques locaux et intestinaux (aristol et icthyol, ce dernier à titre d'antiseptique intestinal). Le malade a eu une convalescence lente et pénible. Chez le second des 4 (16 ans), la maladie a présenté également les caractères métastatiques : une orchite aiguë portant plus particulièrement sur le testicule lui-même, et non sur l'épididyme, coïncida avec la disparition de l'engorgement parotidien. Le 3e, 17 ans, a été pris d'emblée de douleurs articulaires très violentes qui ont survécu pendant assez longtemps à la flétrissure de la phlegmasie locale. Quant au 4e, 16 ans, il est tombé depuis la disparition de l'inflammation parotidienne dans une neurasthénie qui rappelle cet état de prostration que nous avons vu succéder à l'influenza et qui au moment où j'écris ces lignes persiste encore à un degré d'intensité assez élevé.

« On pèse les faits, a dit Morgagni, on ne les « compte pas. » Aussi les quelques observations qui précèdent me paraissent-elles assez concluantes pour suppléer à leur petit nombre.

Cette simple note n'a pas la prétention d'apprendre quelque chose de nouveau,— après tout, y a-t-il quelque chose de nouveau en médecine ? Des reminiscences — mais de rappeler aux praticiens que les oreillons ne sont pas une maladie aussi banale, ni aussi inoffensive qu'on le suppose généralement, et qu'elle mérite de leur part une surveillance des plus actives et un traitement aussi prompt qu'énergique. Expression localisée d'une infection générale de l'organisme dont les manifestations métastatiques adventices procèdent d'une dépuration insuffisante d'un contage pathogénique, l'oreillon ne saurait, à ce titre, être avantageusement combattu par l'expectation et les topiques puérils que la médecine lui a opposés jusqu'à ce jour. L'asepsie, les antiseptiques seuls peuvent en triompher ; mais à la condition que l'adage :

Principiis obsta, sero medicina paratur, etc.

lui soit appliqué.

Dr Cazenave de la Roche,
à Menton.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Du privilège en cas de faillite.

Depuis un an je donne mes soins et je les continue encore à un commerçant qui, par un jugement du tribunal de commerce, a été déclaré en liquidation judiciaire.

Me basant sur le jugement rendu le 2 juin dernier par le tribunal civil de Narbonne, j'ai réclamé au liquidateur le privilège de ma créance et je lui ai communiqué en même temps les considérants du dit jugement.

Je vous adresse sa réponse d'après laquelle il résulte clairement que le médecin qui guérit son malade agit, dans la circonstance, contrairement à ses intérêts.

Quant à la question de savoir si le privilège ne doit pas être admis dans la distribution faite après faillite ou la déconfiture du débiteur, pour les frais de la maladie qui avaient précédé la déconfiture ou la faillite, cette question est controversée, et si la cour, le 21 novembre 1864, a rejeté le pourvoi de notre confrère et si Grenier prétend qu'on ne doit comprendre le privilège que pour la maladie à laquelle le débiteur a succombé, on trouve une opinion complétement opposée chez les hommes tels que Dalsaz, Pigean, Duranton, Gautier, Nourton, Pient, etc.

Troplong, qui a présidé la cour le 21 novembre 1864, laquelle a rejeté le pourvoi, admet le privilège pour le cas où il est constant que la maladie dont le débiteur est guéri, était encore dans sa gravité au moment de la faillite ou de la déconfiture.

Le liquidateur paraît vouloir dire que n'ayant pas réclamé, au moment de la production de mon pouvoir, le privilège de ma créance, ce privilège ne pourrait être admis aujourd'hui, la clôture des créances ayant été prononcée.

Une dernière réunion des créanciers doit avoir lieu, pour statuer sur le concordat et, comme jusqu'à présent aucune distribution de deniers n'a été faite, il me semble qu'il serait encore temps d'admettre ma créance parmi celles qui doivent être privilégiées.

Veuillez agréer, etc.

C. de L.

Voici la lettre du Syndic à laquelle il est fait allusion plus haut :

Monsieur,

Monsieur le Docteur de L, a été admis au passif de votre liquidation telle que sa production a été formulée, c'est-à-dire *sans privilège*.

Que doit-on entendre *par la dernière maladie* dont les frais donnent lieu, en faveur des médecins, gardes, pharmaciens, au privilège de l'art. 2101 du Code civil? Doit-on entendre la maladie du débiteur ou celle des autres personnes dont l'entretien est à sa charge ?

Doit-on entendre celle qui a été suivie de mort, ou celle qui a précédé la faillite, la déconfiture ou tout fait donnant lieu à la distribution des deniers ?

De l'étude attentive des auteurs et de la jurisprudence, il paraît se dégager, d'une façon certaine, que les frais privilégiés sont uniquement ceux de la maladie *dont le débiteur est mort*, non pas ceux de la maladie qui a précédé la liquidation judiciaire ou la faillite.

Encore moins ceux de la maladie d'autres personnes que le débiteur lui-même.

C'est du moins ce qui a été décidé par un arrêt de la Cour suprême du 21 novembre 1864.

De nombreux auteurs se rangent également de cet avis.

Dans ces circonstances, je n'aurais pas quand même admis la créance de M. de L. à titre privilégié.

Recevez, monsieur, mes salutations.

Ferd. Poil.

Privilège des médecins pour frais de dernière maladie.

Le docteur G... avait donné des soins à un ouvrier victime d'un accident ; le tribunal ayant alloué une indemnité à cet ouvrier, le docteur G... fut déclaré privilégié sur le montant de cette indemnité. D'autres créanciers ayant fait opposition à ce privilège, le Tribunal de Narbonne a rendu un jugement maintenant le privilège du docteur G...

Plusieurs des considérants de ce jugement méritent d'être signalés :

« Attendu que l'art. 2101 parag. 3 du Code civil dispose, en termes généraux, que les frais quelconques de la dernière maladie sont privilégiés, sans indiquer que ce soit la maladie dont le débiteur est mort, ce qui implique que les frais faits à l'occasion de la maladie qui a précédé un événement autre que la mort, mais nécessitant une distribution de deniers, sont également privilégiés.

Que la Jurisprudence a limité le privilége aux frais occasionnés par la maladie à laquelle le débiteur a succombé, lorsque celui-ci avait subi plusieurs maladies consécutives et distinctes, les frais des premières ne pouvant jouir de la même faveur à raison des facilités qu'avait le créancier pour obtenir d'être payé dans l'intervalle d'une maladie à l'autre, mais que la question de savoir si les frais occasionnés par la maladie qui a précédé immédiatement la faillite ou déconfiture du débiteur sont ou non privilégiés, n'a pas été résolue par les anciennes décisions sur la matière.

Attendu que ce privilège est basé sur l'impossibilité morale d'agir où se trouve placé le créancier, l'humanité lui interdisant de s'adresser dans ce but au débiteur pendant que ce dernier est aux prises avec la maladie ; que la même raison de décider existe, lorsque la faillite ou déconfiture se produit au cours d'une maladie, pour les frais quelconques de cette maladie, puisqu'elle est la dernière avant l'événement qui donne lieu à la distribution des deniers ; qu'il n'existe aucune raison de distinguer entre le cas où le débiteur a recouvré la santé et celui où il a succombé, pourvu que son insolvabilité soit concomitante.

Que refuser le privilège dans le premier cas et l'admettre dans le second serait accorder une prime au médecin dont les efforts ont été impuissants, et ranger, au contraire, parmi les créanciers les moins favorisés celui dont les soins ont arraché le débiteur à la mort.

Attendu que, quel que soit l'événement qui donne lieu à la distribution des deniers, la créance des gens de service et de ceux qui ont fourni des subsistances est toujours privilégiée, suivant l'opinion unanime des auteurs qui ont écrit sur la matière; qu'on ne saurait placer dans une situation inférieure les médecins dont le privilège est préférable à celui des créanciers dont il vient d'être parlé, en refusant ce caractère à leur créance, lorsqu'il s'agit d'un cas autre que la mort. »

(*Tribune médicale.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Société locale de la Mayenne

Présidence du Dr SOUCHU-SERVINIÈRE.

Séance du 15 septembre 1891.

Le docteur Cellier, délégué à l'Assemblée générale de 1891, donne lecture de son rapport.

MES CHERS CONFRÈRES,

La dernière réunion générale de l'Association a été attristée par une absence : celle de M. le docteur Roger, président réélu. Cette impression de tristesse a été très sincère ; car si, comme président de l'Association, comme directeur des travaux du Conseil général, M. le docteur Roger peut prêter le flanc à des critiques et à des objections, comme homme et comme médecin, il a droit à tous nos respects et à toutes nos reconnaissances : les uns et les autres lui sont acquis.

Dans des termes éminemment cliniques, M. le professeur Lannelongue, qui le suppléait, nous a mis au courant de la convalescence de M. le docteur Roger, et je crois avoir obéi à votre pensée, comme à la mienne, en signant l'adresse de regrets et de souhaits que le Conseil général a fait remettre à M. Roger. Cette manifestation, toute spontanée me paraît très supérieure au rapport du docteur de Ranse au sujet de la dernière réélection de M. Roger : les vraies sympathies n'ont pas besoin de formules apothéotiques et tous les coups d'encensoir ne peuvent rien ajouter, qu'un prolongement de séance, à un suffrage exprimé en connaissance de cause.

Cette réunion générale marquera, dans l'histoire de notre association, une date importante au point de vue de l'évolution des idées et des faits.

En effet, Messieurs, dans l'*Annuaire*, soit dans les rapports toujours académiques, soit dans les discussions sous la présidence du docteur Lannelongue, vous trouverez exprimées des opinions qui n'avaient jusqu'ici été considérées que comme des rêveries. Il est à regretter que l'*Annuaire* ne puisse, en dehors de son fidèle procès-verbal, vous donner une idée de la petite fièvre qui courait dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique pendant la lecture de certains rapports et pendant les très remarquables discours de certains orateurs. Et cependant, je vous en supplie, lisez l'*Annuaire* d'un bout à l'autre. Vous y verrez que nos finances sont florissantes et vous y verrez aussi la discussion qu'a soulevée le rapport de M. Lereboullet.

Et la voilà, la grande évolution. On s'est aperçu que notre Association générale, qui s'intitule (voyez la couverture de l'*Annuaire*), Association générale de prévoyance et de secours mutuels des Médecins en France, était simplement approuvée par décret ministériel. Cette approbation, remarquez-le bien, ne vise qu'un dépôt de statuts. Autrement, l'Association n'est ni autorisée ni reconnue d'utilité publique. De plus, elle ne remplit aucune des charges de toute Société de secours mutuels : 1° Soins médicaux et pharmaceutiques et 2° indemnité en cas de maladie. Donc, et c'est là ce qui résulte des débats, et vous le lirez en toutes lettres dans l'*Annuaire*, nous sommes à la merci d'un minis-

tre qui menacerait de nous supprimer le jour où son médecin ne l'aurait pas guéri d'une crampe d'estomac. (*Annuaire*, page 122. — Docteur Lande.) Et l'Association possède tout près de 3 millions ! Avec notre insouciance du danger, nous avons attaché peu d'importance à cette question de l'indemnité-maladie ; le docteur Lereboullet a même cité notre Société locale comme une des plus topiques dans sa réponse à l'enquête. (15 d'entre nous ont accepté l'idée de l'indemnité-maladie, et 3 se sont engagés à payer la prime nécessaire).

Eh bien ! Messieurs, cette question indemnité-maladie est une question vitale pour l'Association : ou l'Association est un bureau de bienfaisance, auquel les riches versent et où les pauvres touchent — alors elle n'a aucun droit à s'intituler Association de prévoyance et de secours mutuels — ou elle est vraiment une société de secours mutuels, et alors elle nous doit les soins médicaux, l'indemnité-maladie et... l'enterrement décent. Cet argument semble d'une limpidité parfaite : être ou n'être pas. Les voyageurs de commerce ont fondé une association analogue à la nôtre. Cette Association a été reconnue d'utilité publique au mois d'avril dernier. Si vous voulez des détails : le voyageur de commerce paie 18 fr. de cotisation (6 fr. de plus que nous), et quand il est malade, il a droit : 1° aux soins médicaux (2 fr. la visite) et pharmaceutiques (25% de diminution), plus 2 fr. d'indemnité par jour. Tout ceci a été dit à la réunion générale : alors un très aimable et très jeune et très disert avocat, dit conseil judiciaire, s'est levé et nous a expliqué, avec des allures de cour d'assises (page 125 de l'*Annuaire*), qu'il nous fallait des autorisations, des décrets, des avis et que la loi de 1852 était formelle à cet égard. Cette juvénile éloquence a intimidé les plus vieux lutteurs : le vaillant docteur Surmay y est allé très doucement, le docteur Hameau aussi, et le conseil judiciaire ci-dessus indiqué les a écrasés en disant (page 126 de l'*Annuaire*) qu'il y avait une *antinomie* très réelle entre leurs propositions. MM. Surmay et Hameau demandaient l'un et l'autre, au fond, que l'association fût bien une société de secours mutuels, avec indemnité-maladie : l'un, à l'aide d'une adjonction aux statuts, l'autre à l'aide de la fondation d'une caisse spéciale. Là, les flots s'agitaient, les vents soufflaient, les mâts craquaient : la nef prenait eau et certains délégués n'y comprenaient plus rien. *Quos ego*... a dit le président Lannelongue. — Le calme a commencé à se rétablir. Et alors, de sa voix la plus administrative et la plus ministérielle, le professeur Brouardel a demandé — si vous ne me croyez pas, lisez l'*Annuaire* (page 127), — qu'on ne votât rien du tout et qu'on lui laissât toute latitude pour donner à ses démarches une certaine élasticité. Il est à penser que cette élasticité est la sœur de l'élasticité appliquée, sous la présidence du professeur Brouardel, *à la réforme des tarifs médico-légaux*.

Pour ces motifs, je prie M. le Président de mettre aux voix le vœu suivant :

Que l'Asssociation, se conformant à son titre d'association de prévoyance et de secours mutuels, obtienne le plus tôt possible les autorisations nécessaires et prenne des mesures pour organiser l'indemnité-maladie. — *Adopté.*

Un autre vœu à vous soumettre. Cette année, l'assemblée générale a réélu, par acclamation, la commission des pensions viagères. Je suis un de ceux qui ont demandé ce mode d'élection, pensant que cette besogne délicate avait toujours été faite avec impartialité et avec tact. Or, on nous a distribué une liste imprimée portant les noms des confrères auxquels la commission proposait d'accorder les pensions : sur ces listes, étaient mentionnés les noms, domiciles, âges, maladies et infirmités des pensionnés. Le lendemain, deux journaux de Paris reproduisaient cette liste. Avec la diffusion de la presse, voyez-vous nos pauvres confrères apprenant par un journal quelconque l'heureux résultat de leur demande ? Ceci me paraît peu heureux. Que la commission donne les noms des pensionnés : cela suffit. Je prie M. le Président de mettre aux voix le vœu suivant :

Que la commission des pensions viagères se contente de communiquer simplement le nom des pensionnés et que la liste avec détails soit absolument supprimée. — *Adopté.*

A cette assemblée, il a été procédé à un vote pour l'élection de membres du Conseil général. L'*Annuaire* ne dit pas un mot d'un petit incident qui a pourtant sa valeur. Plusieurs délégués de province, et j'étais du nombre, se sont demandé pourquoi on votait toujours sur une liste officielle, qui n'était communiquée qu'au moment du scrutin. Pour rendre hommage au zèle avec lequel le docteur Chevandier avait défendu à la Chambre la loi sur l'exercice de la médecine, le docteur Cézilly, délégué de l'Oise, proposa de faire une liste, sur laquelle figurerait le docteur Chevandier.

Mais il fallait savoir si le Conseil général n'avait pas eu la même pensée. En ma qualité de plus jeune, je fus chargé de cette information. Le très aimable secrétaire, docteur Riant, auquel je m'adressai, m'avoua qu'il n'avait pas les listes, lesquelles étaient aux mains du docteur Brun, notre vigilant trésorier. Présenté à ce dernier par le docteur Riant, je fus reçu d'une façon un peu dure, mais glorieuse pour moi ; car le docteur Brun me reprocha, d'un air pas content — la voilà, la gloire ! — mon rapport de l'année dernière, dans lequel j'avais comparé le Bureau aux divinités olympiques. Timide et confus, je demandai au docteur Brun si les règlements ou les traditions s'opposaient à ce qu'on donnât connaissance de la liste officielle aux délégués qui pouvaient avoir des noms à changer. D'un geste plutôt dur, le docteur Brun m'offrit une liste et me dit tout haut, bien haut : « Voilà encore des histoires qui vont faire perdre du temps à des médecins qui gagnent des 50 et des 100,000 francs par an. » Réflexion très sagace de trésorier, à laquelle je répondis que moi, je ne gagnais ni des 50 ni des 100,000 et que je me dérangeais néanmoins pendant trois jours. Aussi, Messieurs, je prie M. le Président de mettre aux voix ce vœu :

La liste des membres du Conseil à réélire sera adressée à toutes les sociétés locales, un mois au moins avant la réunion générale. — *Adopté.*

Un article au sujet d'un nom figurant sur la liste non officielle a été publié par le docteur Lereboullet, porte-parole ordinaire du Conseil général (*Gazette hebdomadaire*). Répondant à notre vœu de l'année dernière, le docteur Lereboullet émettait cette idée : Que les médecins de province pourraient difficilement, s'ils le pouvaient, assister aux réunions mensuelles du Conseil général. Et, de peur que nous autres, gens de pro-

vince, nous ne restions pas en admiration devant le travail produit à ces réunions vespérales de princes de la science, le docteur Lereboullet propose — lettre au docteur Lardier — de publier le compte rendu des séances mensuelles. Je demande à M. le Président de mettre ce vœu aux voix :

Le compte rendu des réunions mensuelles du Conseil général de l'Association sera adressé à toutes les sociétés locales, ou au moins publié dans un certain nombre de journaux médicaux.— *Adopté.*

Et à ce propos, Messieurs, vous avez pu remarquer que les communications du Conseil général — projets, études, etc., — arrivent ou trop tôt ou trop tard. Je sais bien que certaines questions peuvent surgir inopinément : mais je prends pour exemple l'élection du Président général. Le Président est élu pour cinq ans : si vous vous en souvenez, le Bureau de notre Société a été obligé de vous envoyer une circulaire pour vous demander votre suffrage. Pourquoi le Secrétariat de l'Association générale ne fait-il pas un simple tableau, contenant les dates habituelles de réunion des Sociétés locales ? Il saurait à quelle époque précise il peut envoyer toutes ses communications. Toujours mon exemple, l'élection du Président général. Pourquoi ne pas nous en avoir prévenu avant notre réunion de septembre dernier ? D'où ce vœu, que je prie M. le Président de mettre aux voix :

Il sera dressé au secrétariat de l'Association générale un tableau contenant les époques habituelles des Sociétés locales, de façon à pouvoir adresser à celles-ci, pour le moment de leurs réunions, toutes les communications du Bureau. — *Adopté.*

Pas mal d'entre vous, Messieurs, se demanderont pourquoi le Délégué de votre Société vous demande d'émettre tous ces vœux ? D'abord, c'est le devoir du Délégué de vous exposer franchement ses impressions. Ensuite, si vous lisez chaque année les *Annuaires*, vous serez vite convaincus de l'utilité des vœux. Jusqu'ici le Conseil général de notre Association s'est cantonné dans les questions de bienfaisance. « Charité et secours, comme l'a fort bien dit le docteur Lande, c'était votre formule : aujourd'hui, elle doit être : « Prévoyance et droit » Et tous les vœux que vous émettrez tendront à ce but : transmis aux autres Sociétés locales, défendus par votre Délégué en Assemblée générale, ils serviront petit à petit à mettre en pratique le titre qui figure sur la couverture de l'*Annuaire*.

La séance est levée à midi et suivie du banquet traditionnel, auquel les Sociétaires ont pris part en grand nombre.

Le Président,
Docteur Souchu-Servinière.

Le Secrétaire,
Docteur M. Cellier.

Syndicat des médecins de la Seine.

4, rue de Lille.

Le syndicat est très actif. Voici l'ordre du jour du Conseil d'administration dans sa séance du lundi 7 décembre 1891 :

I. Enquête de la sûreté sur le guérisseur Molivor, Conduite à tenir. (Dr Le Baron.)
II. Deux nouveaux cas d'exercice illégal dénoncés au Parquet. (Dr Duchesne.)
III. Une communication à la Société médicale du Xe arrondissement. Nouveaux adhérents. (Dr Le Baron.)
IV. Syndicats et justices de paix. (Dr Duchesne.)
V. Questions de déontologie. (Drs Launay et Naudin.)
VI. Exercice illégal par les pharmaciens. (Dr Peltier.)
VII. Les policliniques. (Drs Le Blond et Fissiaux.)

REPORTAGE MÉDICAL

La gratuité dans les écoles de médecine militaire et navale. — MM. le colonel Meinadier, de Laubespin, Lourties, Jean Dupuy, sénateurs, ont proposé au Sénat un projet de loi tendant à accorder la gratuité aux élèves des écoles militaires. Les écoles de médecine de Lyon et Bordeaux étant, cela va sans dire, comprises dans le projet.

Comme contre-partie de cette gratuité, le projet de loi spécifiait :

Qu'indépendamment des engagements militaires de trois ans actuellement exigés pour l'admission, les élèves devraient contracter l'engagement de rester au moins six ans dans le service où ils seront placés à leur sortie de l'école.

Ces six ans compteraient pour les médecins, de leur nomination au grade d'aide-major.

Ce projet avait pour but d'éviter les démissions prématurées.

La Commission sénatoriale chargée d'examiner ce projet ne lui est pas favorable, estimant trop lourde, pour le budget, la somme de 780.000 francs nécessitée pour l'exécution du projet ; il y a fort à craindre que le Sénat ne ratifie l'opinion de sa Commission.

(*Bull. med.*)

Statistique de la tuberculose. — Dans le but de connaître le chiffre de la mortalité par tuberculose dans les grandes villes de France pendant l'année 1892, M. le Dr L. H. Petit, secrétaire général de l'*Œuvre de la tuberculose*, 76, rue de Seine, a envoyé aux maires des préfectures et sous-préfectures, une circulaire pour les prier de demander aux médecins de l'état-civil, le relevé exact de la mortalité par cette cause et de la forme de tuberculose qui a déterminé la mort.

Nous prions ceux de nos confrères qui sont maires ou médecins de l'état-civil de ces villes de vouloir bien prêter leur concours à la solution de cette importante question.

Enseignement populaire supérieur (subventionné par la Ville de Paris). A l'hôtel de ville, salle des Prévots, et Amphithéâtre de l'Assistance publique (avenue Victoria, n° 2).

Cours d'hygiène sociale :

M. le Dr A.-J. Martin a commencé ce cours le jeudi 3 décembre, à huit heures et demie très précises du soir, dans la salle des Prévots, à l'hôtel de ville.

Le cours comprend : 1° des leçons le jeudi soir à l'hôtel de ville ; 2° des conférences pratiques le dimanche à neuf heures et demie du matin, chaque fois dans un endroit spécialement indiqué à l'avance par une affiche manuscrite à l'hôtel de ville. Les personnes qui désireraient

être prévenues régulièrement à domicile des endroits où ces conférences auront lieu, sont priées d'envoyer leurs nom et adresse à M. le Dr A.-J. Martin, 3, rue Gay-Lussac.

Programmes du Cours d'Hygiène sociale pour 1891-1892.

L'homme en société : ses origines, notions ethnogéniques, aptitudes et groupements.

Démographie et statistique : population statique, nuptialité, influence sanitaire du mariage, natalité, mortalité, influences qui règlent la mortalité ; morbidité ; valeur économique de la vie humaine.

Groupe infantile : Hygiène du nouveau-né, alimentation de la première enfance, protection de l'enfance. — Enfant à l'école ; bâtiments scolaires ; mobilier scolaire ; matériel d'instruction, livres, écriture, exercices physiques, âge scolaire, heures de classe, prophylaxie spéciale aux écoliers.

Groupe rural : influence du sol sur la santé ; air, habitation, alimentation et travail à la campagne ; maladies évitables des paysans.

Groupe urbain : plan des villes, rues, ruelles, passages, impasses, boulevards, places publiques, squares, jardins et parcs. — Assainissement du sol et de l'air des villes : aérage, éclairage, chauffage, ventilation, alimentation en eau potable, procédés de nettoiement, évacuation des matières usées dans les maisons et les rues ; destruction, utilisation des matières usées, épuration chimique, irrigation. — Alimentation dans les villes. — Propreté des personnes : bains, lavoirs publics ; assainissement des effets, tapis, literie, etc. — Edifices publics : théâtres, salles de réunion, hôpitaux et hospices, casernes, prisons, salubrité de ces bâtiments et hygiène de leurs occupants. — Maladies évitables des citadins. — Institutions sanitaires : asiles de nuit, établissement de désinfection, transport des contagieux. — Mort : dépôts mortuaires, inhumation, crémation.

Groupe professionnel : le milieu professionnel, en particulier le milieu industriel ; instruments, ateliers et travail. — L'ouvrier : âge, sexe, constitution, état moral, durée du travail, travail des enfants, apprentissage. — Alimentation et habitation des ouvriers.

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Topique contre les fissures de la langue.

Nous trouvons dans le *Lyon médical* la formule suivante qu'il a tirée du journal *Allgemeine med. centr. Zeitung* :

Acide phénique	2 gr. 50
Teinture d'iode	12 gr. 50
Glycérine	12 gr. 50

A employer en applications à l'aide d'un pinceau, au niveau des fissures.

NÉCROLOGIE

M. le professeur Richet (Didier-Dominique-Alfred) est mort, dans son château de Carqueranne (Var), à l'âge de 76 ans. Né à Dijon le 16 mars 1816, M. Richet avait été successivement chirurgien des hôpitaux, à 28 ans, agrégé de la Faculté, à 31 ans, professeur à la Faculté, puis membre de l'Académie de médecine en 1865 et enfin membre de l'Institut. M. Richet n'a pas beaucoup écrit, mais son *Traité d'anatomie médico chirurgicale* restera encore longtemps classique et à bon droit.

C'est le cinquième académicien qui meurt depuis moins de deux mois.

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de MM. les Drs Moulin, d'Argentat (Corrèze) et Antonini, de Gardanne (Bouches-du-Rhône.)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

3672. M. le Dr Jacquot, de Saint-André (Eure), membre du syndicat des médecins de l'Eure.
3673. M. le Dr Coculet, de Montguyon (Charente-Inférieure), présenté par M. le Directeur.
3674. M. le Dr Costadouat, de Castets-des-Landes, présenté par M. le Directeur.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Anesthésie des testicules dans l'ataxie locomotrice et l'hystérie.

MM. E. *Bitot* et J *Sabrazès* ont indiqué, dans la *Revue de médecine* (nov. 1891), le résultat d'une série d'explorations de la sensibilité testiculaire au contact et à la pression sur des malades atteints d'ataxie locomotrice, et ils ont constaté que chez ces malades il existait assez fréquemment de l'analgésie et de l'atrophie testiculaires. N'ayant pas trouvé ce phénomène chez bon nombre d'hystériques, ils en avaient conclu que dans un cas de diagnostic difficile entre un tabes vrai et un pseudo-tabes hystérique, l'existence de l'analgésie des testicules pourrait être un argument en faveur de la lésion médullaire.

Mais depuis ces premières recherches les mêmes observateurs ont rencontré un cas d'anesthésie complète des testicules dans l'hystérie qu'ils ont communiqué à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux.

Phthiriase du cuir chevelu, causée chez un enfant de cinq mois par le « phthirius inguinalis ».

M. *Trouessart* a publié (1) une observation qui est à rapprocher de celle de M. Jullien sur la présence du *phthirius* dans les cils d'une fille de son service à Saint-Lazare, cas dont nous avons parlé récemment.

Il s'agit cette fois d'un enfant de parents riches contaminé par sa nourrice. Celle-ci ayant été congédiée pour son inconduite, les parasites ont continué à pulluler sur l'enfant, nourri au biberon. Le bord libre des paupières est garni de *lentes* (œufs) solidement collées aux cils. Quant aux parasites adultes, ils se tiennent dans les cheveux de la région occipitale qui sont très longs et très fournis, surtout derrière les oreilles où on les trouve solidement cramponnés à la base du cheveu. Le prurigo est de médiocre intensité, mais porte cependant l'enfant à se gratter sans cesse le derrière de la tête contre ses vêtements ou son oreiller.

C'est la première fois que le *morpion* ou *phthirius inguinalis* est signalé dans les cheveux. Il est probable que la contagion s'est faite par une première femelle émigrant de la nourrice pour venir pondre ses œufs sur les cils de l'enfant. Les jeunes parasites sortis de ces œufs, ne trouvant pas d'autre station favorable chez un enfant à corps glabre, ont dû émigrer vers les cheveux. Par la taille et les caractères, ces morpions ne diffèrent en rien de ceux du pubis. Il n'y a pas de lentes dans les cheveux.

Les médecins souvent appelés à faire choix d'une nourrice et ceux du service de la préfecture de police doivent être en garde contre cette nouvelle variété de phthiriase. On devra inspecter les cils des nourrices et les examiner au besoin à la loupe pour éviter de confondre les lentes avec les croûtes d'une blépharite vulgaire.

Il sera facile de débarrasser l'enfant de ces parasites en se servant de poudre de staphysaigre en insufflations, d'eau de Cologne et de camphre plutôt que de préparations mercurielles, dangereuses chez les très jeunes enfants. Pour les lentes fixées aux paupières, comme il est impossible de les enlever sans arracher les cils, on se contentera d'écraser les œufs entre les mors d'une pince fine pour tuer l'embryon. Les débris de ces œufs seront enlevés peu à peu par des lavages répétés à l'eau boriquée tiède.

(1) *Bull. de l'Acad. des Sciences.*

L'acide lactique comme moyen prophylactique des attaques de goutte.

Bérenger-Féraud rappelle que le docteur *Foucaut* (d'Orléans), médecin principal en retraite de la marine, obtenait de bons effets par l'emploi de

'acide lactique comme traitement prophylactique des attaques de goutte (1).

M. Bérenger-Féraud a mis, lui aussi, le moyen en pratique, et il a vu une douzaine d'individus ayant eu jusque-là habituellement un ou deux accès do goutte chaque année, qui étaient arrivés à penser qu'il en serait ainsi désormais pendant toute leur existence, constater avec joie que l'acide lactique avait singulièrement éloigné et amoindri leurs attaques.

Entre autres, un médecin se trouvant atteint par un accès qui semblait devoir présenter l'intensité et la durée de ceux qu'il subissait habituellement, eut l'idée de doubler la dose quotidienne indiquée par Foucault (2 gr.), c'est-à-dire de prendre 4 grammes d'acide lactique par jour pendant la période douloureuse ; l'attaque fut moins intense, la durée de l'invalidation fut moins longue. Quelques mois après, étant atteint de nouveau, il recommença l'expérience qui réussit de la même manière. Neuf mois se sont écoulés depuis et il n'a pas subi de nouvelle crise.

Le *modus faciendi* est très simple : le malade se munit d'une provison de 40 grammes d'acide lactique, additionnés d'une égale quantité d'eau, de manière à ce qu'une cuillerée à café de solution représente 2 grammes de principe actif. Tous les matins, il verse une cuillerée à café de cette solution dans deux, trois ou quatre verres d'eau, suivant son goût. Il édulcore, si besoin est, cette mixture, qu'il prend par verrées dans le cours de la journée. Au bout de vingt jours, étant arrivé à la fin de sa provision, il suspend la médication pendant dix ou onze jours, pour recommencer ensuite de la même manière, et cela durant une période qui doit être de plusieurs années.

L'acide lactique est un médicament assez inoffensif, par ailleurs, pour qu'on n'ait pas à redouter son action. Son usage prolongé n'a paru avoir aucune action nuisible sur la nutrition et les fonctions digestives. »

Un traitement de la névralgie du trijumeau et autres névroses.

Alexander *Harkin* déclare avoir toujours traité avec le plus rapide succès la névralgie du trijumeau et diverses névroses par la vésication de la région dorsale du rachis (2).

Dès le début de sa carrière, il avait été frappé de constater dans chaque cas de désordres nerveux chez les femmes, la coexistence d'une sensibilité prononcée de la moelle à la pression ou à la percussion de la quatrième et de la cinquième vertèbre dorsale. Le résultat pratique de son observation fut, dit-il, la guérison rapide et toujours invariable de ces névroses, par la contre-irritation faite sur ces vertèbres. Il avait d'abord regardé ces manifestations comme particulières à la constitution des femmes, provoquées par la sensibilité de leur système nerveux, sa tendance à subir les émotions, et son excitabilité générale ; mais bientôt il reconnut un état analogue de la moelle chez les hommes atteints des mêmes affections et il vit qu'il ne fallait pas en accuser seulement les habitudes corporelles des femmes, que les lésions localisées, de caractère précis, étaient communes aux deux sexes et qu'on devait les regarder comme une forme de ce qu'on appelle l'irritation spinale.

(1) *Bulletin de thérapeutique.*
(2) *Bull. de thérapeutique.*

Au nombre des névroses qu'il a soignées ainsi sont l'hystérie, la névralgie du trijumeau, la chorée, la paralysie faciale, la dysménorrhée, les vomissements réflexes, les névralgies dentaires, le torticolis, la névralgie occipitale, le prurit vulvaire de la grossesse.

Le traitement consiste à faire la vésication sur les quatrième et cinquième vertèbres dorsales avec le liniment cantharidé de la pharmacopée britannique. Après la vésication, les femmes enceintes ne vomissent plus, la névralgie dentaire, le prurit, disparaissent sans retour. L'effet est le même sur les troubles mensuels provoqués par la dysménorrhée. La liqueur épispastique (*Blestering liquid*) se prépare de la façon suivante :

Cantharides en poudre....... 150 grammes
Ether acétique.............. Q. S.

On mélange les cantharides avec 90 grammes d'éther acétique dans un appareil à épuisement. Au bout de vingt-quatre heures, on laisse l'écoulement se faire et l'on épuise par l'éther acétique jusqu'à ce qu'on ait obtenu 600 centimètres cubes de liquide.

De l'emploi de la morphine dans les maladies du cœur.

M. le Dr P.-R. *Hervouet* a formulé quelques conclusions intéressantes à la suite d'un travail sur ce sujet (1) :

1° La congestion passive dans les affections cardiaques n'est pas, comme on l'a dit, une contre-indication à l'emploi de la morphine et de l'opium. Cette contre-indication théorique n'est pas juste au point de vue anatomo-pathologique, puisque, dans les affections mitrales et l'asystolie, il y a, en même temps que congestion veineuse passive, de l'anémie artérielle. Et les exemples cliniques prouvent que cette contre-indication n'est généralement pas vraie dans la pratique.

2° Lorsque les autres médicaments ont échoué, la morphine peut encore agir en calmant la dyspnée et les symptômes nerveux, et en procurant le sommeil. Dans certains cas désespérés, où les médicaments cardiaques proprement dits sont inutiles et même nuisibles, la morphine agissant non seulement comme calmant, mais comme stimulant, calme la dyspnée, relève les forces des malades et permet ensuite aux autres médicaments d'agir.

3° La morphine n'est pas vraiment un médicament cardiaque. Quoiqu'il y ait quelques cas heureux de son emploi exclusif, elle n'agit que lentement sur les congestions passives et l'anasarque ; alors, elle paraît agir plutôt comme tonique général que comme cardiaque. En relevant la force du cœur, elle peut provoquer la diurèse ; cette diurèse n'est jamais considérable.

4° La présence d'albumine dans les urines n'est pas une contre-indication à l'emploi de la morphine, lorsque cette albumine dépend de l'affection cardiaque. D'ailleurs, les bons résultats obtenus par différents auteurs dans l'urémie à forme dyspnéique montrent qu'il ne faut pas exagérer le danger de l'emploi de la morphine dans le mal de Bright.

5° Lorsqu'on emploie la morphine dans l'asystolie, il est bon d'employer concurremment la digitale ou d'autres médicaments cardiaques. Si

(1) *Gazette des hôpitaux.*

ces médicaments sont impuissants, parfois la morphine seule peut donner d'excellents résultats, mais généralement la morphine ne pourra que soulager le malade et prolonger ses jours, sans empêcher la terminaison fatale.

La caféine, en raison de son action stimulante et de son action spéciale sur le cœur, est toute indiquée pour remplacer de temps en temps les injections de morphine, lorsqu'on désire que le malade ne s'y habitue pas trop. La caféine, d'ailleurs, peut être employée en même temps que la morphine.

Bronchopneumonie avec accidents graves enrayés par l'insufflation.

M. J. *Renault*, interne de la Maternité, a rapporté dans le *Progrès médical* un fait de bronchopneumonie chez un enfant de moins d'un mois avec accidents d'asphyxie graves enrayés par l'insufflation. L'enfant était comme mort, la peau froide, la face cyanosée, les lèvres bleuâtres, les mouvements respiratoires tout à fait arrêtés après être devenus de plus en plus espacés, quand l'insufflation fut pratiquée. On employa l'instrument et le procédé ordinaires. De temps à autre seulement, on dut retirer l'insufflateur pour chasser les mucosités qui l'obstruaient.

Au bout de cinq minutes, la coloration bleuâtre de la face et des lèvres commence à faire place à une teinte rosée. Ce succès inespéré engage à continuer l'insufflation et, après un quart d'heure des mêmes soins, l'enfant est ranimé. On le met aussitôt dans un bain sinapisé, on lui applique quelques ventouses sèches, on lui fait prendre quelques gorgées de grog à l'eau-de-vie, et on l'entoure d'ouate.

Mais l'asphyxie reparaît bientôt, le petit malade se cyanose, cesse de respirer, et de nouveau semble mort. De nouveau on l'insuffle, on parvient à le ranimer, et cette fois définitivement.

L'enfant, il est vrai, conserve des phénomènes thoraciques, avec de la fièvre et une accélération des mouvements respiratoires. Mais le résultat évident de l'insufflation est de l'avoir empêché de mourir dans ces deux accès d'asphyxie, qui autrement l'auraient emporté sans nul doute.

La maladie évolua ensuite dans un sens favorable, et, au bout de huit jours, l'enfant put être considéré comme guéri.

La noix de coco comme tænifuge agréable.

La plupart des traitements contre le tænia sont désagréables à suivre, quelques-uns sont nauséeux, d'autres produisent des vertiges et beaucoup d'entre eux sont coûteux, du moins sous la forme des diverses spécialités qui réussissent à en masquer ou à en atténuer le goût. On ne peut dire d'aucun de ces remèdes qu'il est agréable à prendre. Il n'en est pas de même de la noix de coco, employée récemment par le docteur *Allison*, de Good-Hove (Illinois), d'après lequel le lait d'une noix de coco, suivi de déglutition de la pulpe de plusieurs fortes tranches du fruit, suffirait fréquemment sans autre intervention, ni avant ni après, à amener l'expulsion d'un parasite (1).

(1) *Lyon médical.*

La glycérine iodée dans le traitement des hémorrhoïdes (1).

Le Dr *Preissmann*, emploie dans les cas d'hémorrhoïdes, les applications de glycérine additionnée d'iodure de potassium et d'iode, suivant les formules :

1° Iodure de potassium...	2 grammes.
Iode pur..............	0 gr. 20 centig.
Glycérine............	35 grammes.

M.— *Solution faible.*

2° Iodure de potassium...	5 grammes.
Iode pur..............	1 gramme.
Glycérine............	35 grammes.

M.— *Solution forte.*

Le médecin prescrira l'une ou l'autre de ces deux préparations, en se réglant sur la susceptibilité individuelle du sujet. Le traitement se fera de la façon suivante :

D'abord le malade prendra un bain de siège tiède. Puis il trempera de petits bourrelets d'ouate dans la glycérine iodée, et il les appliquera sur les bourrelets hémorrhoïdaires. Ces applications seront renouvelées d'heure en heure ou à des intervalles plus éloignés. Elles occasionnent une sensation passagère de brûlure, très tolérable. On obtient ainsi une guérison radicale.

Laryngite striduleuse et dilatation forcée du larynx.

Chez un enfant de 14 mois atteint de laryngite striduleuse à accès menaçants, si bien qu'on s'était préparé à la trachéotomie, M. C. *Paul* conseilla à son interne, M. Malbec, d'essayer la dilatation forcée du larynx, selon la méthode préconisée par Renou (de Saumur), dans le croup. L'opération fut pratiquée à l'aide du dilatateur de Laborde et le malade guérit.

A ce propos, M. C. Paul cite quelques statistiques de *tubage du larynx*. Cette opération, inventée par Bouchut, fut, comme on sait, mal accueillie en France, où elle est revenue après avoir passé par l'Amérique et par l'Allemagne. Or, en dépouillant les relevés, M. d'Heilly a constaté que si à partir de 4 ans la trachéotomie est préférable, l'intubation a nettement l'avantage au-dessous de 4 ans : au-dessous de 2 ans, elle donne 5 fois plus de succès ; de 2 à 2 ans 1/2, 2 fois plus ; de 2 ans 1/2 à 3 ans 1/2, 1/2 de plus.

Emploi de la kola et de la coca comme toniques.

M. *Henri Huchard* recommande les formules suivantes : (2)

Teinture de kola.........	āā 30 gr.
— coca.........	

Prendre 30 gouttes le matin, à huit heures et à midi, dans de l'eau sucrée ou dans un peu de curaçao, qui en fait une préparation très agréable. Ne jamais donner le soir la kola qui pourrait déterminer de l'insomnie, comme notre collègue l'a observé sur lui-même.

Si l'on veut agir plus énergiquement, on peut employer les extraits fluides, quoique ceux-ci ne soient point admis par le codex.

(1) *Médecine moderne.*
(2) *Revue de clinique et de thérapeutique.*

Extrait fluide de kola. } àâ 30 gr.
— — coca. }

Prendre XXX gouttes, deux ou trois fois par jour.

La fièvre et les antipyrétiques chez les tout jeunes enfants.

Sur 956 nouveau-nés observés par *Eron* (1), 431 offrirent de la fièvre pendant les dix premiers jours de la naissance. Courte dans 145 cas, cette fièvre se prolongea plusieurs jours dans les 286 autres. Elle était due ordinairement soit à des troubles digestifs, soit à quelque complication ombilicale. Eron a étudié l'effet du traitement par l'antipyrine, le sulfate de quinine, les bains tièdes.

L'antipyrine fut donnée à la dose de 6 à 12 centigrammes. Une seconde dose était donnée au bout d'une heure, si la première n'avait pas produit de résultat. Ordinairement, en moins de deux heures, l'abaissement de la température était très marqué. Cet abaissement se prolongeait pendant quatre heures environ. L'action diaphorétique fut toujours très prononcée.

La quinine fut employée à doses un peu plus faibles avec des résultats à peu près analogues. L'action fut plus lente et plus persistante.

Les bains tièdes à 35 degrés ont donné des résultats très supérieurs aux médicaments. Leur durée doit être de dix minutes. Elle sera réduite à cinq minutes chez les enfants très affaiblis. En même temps que l'effet antithermique, l'effet calmant est ordinairement des plus remarquables.

MÉDECINE PRATIQUE

Quelques réflexions sur l'épidémie de grippe actuelle.

Etat grippal. — La quinine comme abortif et spécifique. — Accidents simulant l'angor-pectoris. — Syncope et tachycardie. — Néphrite grippale. — Indications thérapeutiques générales.

La rapidité et la sûreté des informations destinées au public est un des progrès dont se vante la presse contemporaine. L'interviewer n'hésite pas à s'adresser, pour acquérir les renseignements les plus précis, aux personnes qui, par leur situation officielle, semblent devoir être exactement renseignées; c'est même un des mauvais côtés de la vie des fonctionnaires que la menace perpétuelle de l'interview. Aussi quelques-uns d'entre eux semblent-ils se venger agréablement de leurs persécuteurs en leur fournissant avec une extrême affabilité des renseignements dont la fantaisie ne peut guère être involontaire.

Ce n'est pas sans une douce gaîté que nos confrères parisiens ont dû lire, il y a quelques jours, dans une feuille d'informations, que l'influenza ne régnait pas en ce moment à l'état épidémique; la preuve en était l'affirmation d'un haut fonctionnaire de l'Assistance publique, au dire duquel on signalait à peine quelques entrées pour grippe dans les hôpitaux. Or, depuis une quinzaine de jours, la moitié des malades admis dans les services hospitaliers l'étaient pour une manifestation quelconque de l'influenza (angine, bronchite, broncho-pneumonie, catarrhe gastro-intestinal, etc.).

En réalité, la grippe-influenza sévit depuis plusieurs semaines avec une sévérité croissante à Paris comme dans un grand nombre de villes de France et de pays étrangers. L'épidémie est peut-être moins pandémique qu'il y a deux ans; mais peu s'en faut.

Aussi m'a-t-il semblé qu'il n'était pas inopportun de consacrer de nouveau une causerie à quelques-unes des formes de la grippe et à certaines questions de diagnostic et de thérapeutique qu'elles soulèvent.

I

Une première remarque à faire, c'est qu'en dehors des formes cliniques nettement caractérisées, telles que la nerveuse, la thoracique et la gastro-intestinale, il existe chez un très grand nombre de personnes un état de malaise particulier, qu'on a appelé *état grippal*.

Les traits principaux de cet état sont la courbature sans motif, esquisse des myalgies et des névralgies si douloureuses de la forme nerveuse nettement caractérisée, l'inappétence et l'état saburral, réduction au minimum des troubles digestifs intenses de la forme gastro-intestinale.

Lorsqu'on est appelé à examiner un très grand nombre de malades, comme dans les consultations externes des hôpitaux ou au bureau central d'admission de l'Hôtel-Dieu, on est frappé de l'extraordinaire fréquence de cette courbature avec état saburral; pour ces cas, en temps ordinaire, on n'aurait pas d'autre diagnostic à porter que celui d'embarras gastrique, diagnostic vague et peu compromettant, que nous appliquons traditionnellement à une foule d'états disparates et dont le public se contente parce qu'une thérapeutique uniforme par les évacuants en vient ordinairement à bout, quelle qu'en soit la cause.

En temps ordinaire, l'embarras gastrique, c'est le plus souvent un état passager d'auto-intoxication d'origine intestinale consécutif à une inhibition passagère des sécrétions digestives; c'est d'autres fois une infection peu durable par le coli-bacille; en temps d'épidémie de fièvre typhoïde l'étiquette d'embarras gastrique couvre souvent, à n'en pas douter, des dothiénentéries abortives ou atténuées. En temps d'épidémie grippale il ne me paraît pas douteux que cette multiplicité insolite d'embarras gastriques n'est que la traduction d'un état grippal pandémique.

Je le crois d'autant plus volontiers que ces espèces d'embarras gastriques sont tenaces, traînants et ne cèdent pas aisément aux évacuants classiques, ils n'obéissent guère mieux d'ailleurs aux antiseptiques de l'intestin; mais je serais assez porté à admettre qu'ils se trouvent bien de la quinine, qui n'est cependant pas très amie des voies digestives en général, lorsque l'état saburral n'est pas actionné par une cause pathogène infectieuse contre laquelle la quinine puisse efficacement jouer son rôle antiseptique général.

Une diarrhée de cause banale n'est pas améliorée par la quinine; mais de nombreux exemples prouvent qu'une diarrhée tenace, seule manifestation du paludisme, ayant résisté à tous les antidiarrhéiques connus, peut être radicalement coupée par quelques doses de quinine.

(1) *Zeitschr. für Kinderheilk.*

II

Or, il m'a semblé plusieurs fois, il y a deux ans et cette année encore, que la quinine avait amélioré mieux certains de ces états gastro-intestinaux dont je parle, c'est-à-dire actionnés par l'influence grippale, que les éméto-cathartiques et les seuls antiseptiques intestinaux.

Le maximum d'action m'a paru résulter de l'association des deux moyens.

Il y a deux ans M. le professeur Spillmann (de Nancy) s'est élevé contre l'opinion de Græser (de Bonn), qui considérait le sulfate de quinine comme prophylactique de la grippe, et contre celle de M. Boucheron (de Paris), qui vantait au même titre le salol et le naphtol. M. Spillmann ne m'a pas convaincu.

Comme sel de quinine, je dois dire que j'emploie, non le sulfate, mais le chlorhydrate, que je considère, après expériences nombreuses, comme bien moins offensif pour l'estomac, tout en contenant à doses égales plus de quinine.

Or, j'ai fait ces temps-ci plusieurs fois l'expérience suivante :

Appelé auprès d'une personne qui, ayant eu la grippe il y a deux ans avec sévérité, avait conservé un souvenir très précis du mode d'invasion (céphalalgie, lombalgie, horripilation) et des symptômes ultérieurs, soit les nausées, soit la congestion naso-oculaire, et reconnaissait, à ne s'y point méprendre, les premiers coups de l'ancien ennemi, — j'ai, après avoir constaté au thermomètre que la température était déjà montée de deux degrés, administré le chlorhydrate de quinine à doses fractionnées et presque subintrantes : 0 gr. 50 sur-le-champ, puis deux ou trois et même quatre doses de 0 gr. 25, à intervalles d'une demi-heure, d'une heure et de deux heures. J'ai pu constater le lendemain que le malade, redevenu apyrétique, s'était senti dégagé peu à peu des symptômes qui lui faisaient appréhender une évolution grippale semblable à celle d'antan.

On pourra m'objecter que la grippe aurait peut-être tourné bride d'elle-même, sans intervention médicamenteuse, après cette première démonstration hostile ; cette générosité est bien peu dans ses mœurs, et je suis disposé à croire que, dans certains cas, on peut faire avorter une grippe en administrant à propos la quinine à des doses suffisantes et convenablement espacées.

Si on a obtenu cette bonne fortune, il est prudent de ne pas désarmer ; je donne alors le lendemain une dose moindre (0,50 à 1 gr. au lieu de 1 gr. 50, et 0 gr. 25 à 0 gr. 50 le 3e jour) car j'ai observé des cas où, après avoir subi nettement un temps d'arrêt, une fausse défervescence, la grippe faisait, au bout de 24 ou 48 heures, un retour offensif, et cette fois alors suivi de succès, si la quinine avait été suspendue.

Je crois d'ailleurs à l'utilité de la quinine à doses variables dans tout le cours du processus grippal, dans les complications pulmonaires comme dans les accidents nerveux ; peut-être est-ce comme névrosthénique, si ce n'est pas comme antiseptique, qu'elle agit. Ainsi, dans la bronchopneumonie qui survient après la rougeole ou la coqueluche, j'ai rarement vu la quinine donner un résultat bien appréciable ; j'ai vu au contraire, à n'en pas douter, les fluxions qui se manifestent autour des îlots de pneumonie lobulaire dans la grippe, et qui en font le principal danger, céder peu d'heures après l'administration *de doses suffisantes* de quinine.

III

Dans l'épidémie actuelle on a signalé comme début ou complication un syndrôme qui rappelle beaucoup *l'angor pectoris* : sensation subite de constriction thoracique ou d'écrasement précordial, avec ou sans irradiations douloureuses le long du membre supérieur gauche jusqu'au petit doigt, avec sentiment de mort prochaine si cette angoisse doit durer, avec affaiblissement de l'impulsion cardiaque et même suppression passagère du pouls radial.

J'ai vu débuter ainsi un cas de grippe, qui a évolué ensuite sous la forme gastrique avec anorexie complète et intolérance presque absolue de tout aliment pendant trois semaines.

J'ai vu le syndrôme pseudo-angineux se montrer brusquement la nuit au cours d'une grippe à forme catarrhale vulgaire.

C'est là un complexus symptomatique vraiment alarmant, pour peu qu'il survienne chez un sujet déjà un peu avancé en âge, avec signes d'artério-sclérose ; car on inclinera alors naturellement à porter un sombre pronostic, en diagnostiquant une sténose des coronaires. Prévenu qu'on est maintenant en temps d'épidémie grippale, on aura le droit d'être plus optimiste, si on rencontre un cas de ce genre.

On doit, par contre, se défier, en temps d'épidémie, de la tendance opposée qui consiste à mettre sur le compte de la maladie régnante des états morbides qui n'en ont que l'apparence. Nous nous souvenons tous qu'au moment des épidémies de choléra on a plus d'une fois méconnu des étranglements herniaires, des intoxications d'origine alimentaire, etc.

J'ai vu mettre aussi sur le compte de la grippe des débuts de scarlatine, de fièvre typhoïde, voire une intoxication par l'oxyde de carbone (céphalée, injection conjonctivale, lipothymie).

Parmi les manifestations cardio-vasculaires de la grippe, sans parler de l'aggravation apportée aux cardiopathies antérieures, je signale comme accidents observés plusieurs fois : des *syncopes* et des *arythmies*, sans lésions appréciables à l'auscultation ; tantôt c'était du ralentissement et de l'irrégularité du pouls, plusieurs fois une *tachycardie* très accentuée : j'ai compté 160 pulsations chez une femme de 50 ans non cardiaque.

IV

Je dirai quelque chose de la forme rénale ou de la *néphrite grippale*.

J'ai fait allusion la semaine dernière à un cas de néphrite aiguë observé par un de nos confrères de Bretagne en pleine épidémie de grippe et sans que cette néphrite pût être légitimement expliquée, m'a-t-il semblé, par une autre cause que la grippe elle-même. Je signalais à ce confrère, très bon observateur, le passage dans lequel mon ami F. Widal atteste la réalité de la néphrite grippale dans son article « Grippe » du récent Traité de médecine : « Une autopsie de néphrite aiguë d'origine grippale a été faite par Leyden, qui a trouvé des lésions de glomérulo-néphrite. Dans l'étiologie du mal de Bright, il faut peut-être compter avec

ces poussées de néphrite aiguë d'origine grippale. »

J'ai souvent cherché l'albuminurie chez les grippés et je l'ai trouvée plusieurs fois.

M. Fiessinger (d'Oyonnax) a signalé, dès le mois de juin 1889, des néphrites aiguës de 10 à 18 jours de durée apparaissant entre le début et le 23e jour de la grippe.

M. le Dr L. Tuvache a, dans une thèse inaugurale, étudié la néphrite grippale, et nous trouvons dans la *Semaine médicale* le résumé de son travail.

« La convalescence de l'influenza, toujours longue, semble se prolonger indéfiniment. Le malade, au lieu de s'améliorer, reste abattu et affaibli : il *traîne*. Puis, apparaissent des symptômes morbides plus définis, qui forcent le malade à consulter un homme de l'art.

Ces symptômes sont parfois si concluants que le diagnostic de néphrite s'impose, lorsque, par exemple, un malade se présente avec l'œdème généralisé, le facies et les troubles urinaires caractéristiques.

Mais souvent les symptômes, au lieu d'attirer l'attention du côté des reins, font plutôt penser à une affection des voies respiratoires, et ce d'autant plus que la notion de la fréquence des complications pulmonaires de la grippe dirige le médecin dans ce sens. C'est ainsi que des malades atteints de néphrite grippale, et qui se plaignent de tousser et d'avoir de l'oppression, sont souvent considérés et traités comme des bronchitiques ou des asthmatiques, ce qui amène pour eux des conséquences funestes.

Chez d'autres malades le symptôme dominant est une douleur lombaire, qui est parfois prise pour un simple lumbago.

Le médecin, qui a présent à l'esprit la possibilité des complications rénales de la grippe, arrivera facilement à dépister dans tous ces cas la véritable nature de la maladie, en recherchant et en constatant ses symptômes caractéristiques : bourdonnements d'oreille, céphalée frontale, bouffissure des paupières, plénitude particulière et pâleur mate de la face, œdème malléolaire, engourdissement des doigts, douleurs lombaires, diminution de la quantité des urines, albuminurie, hématurie, épistaxis, accès de suffocation, etc. Cependant il ne faut pas s'attendre à trouver, dans chaque cas de néphrite grippale la réunion de tous ces symptômes ; quelques-uns, les œdèmes par exemple, peuvent manquer. Les signes les plus constants sont, d'après M. Tuvache, la céphalée, les douleurs lombaires, les accès d'oppression et l'albuminurie.

Le pronostic de la néphrite grippale, tout en étant, en général, assez sévère, varie cependant suivant la forme de l'affection et suivant le terrain sur lequel elle s'installe.

Une néphrite aiguë à évolution bruyante amène la mort en deux ou trois mois, tandis qu'une néphrite qui s'établit doucement peut se terminer par la guérison. Une néphrite qui s'attaque à un rein malade comporte un pronostic beaucoup plus sévère que celle qui se développe dans un organe jusque-là indemne. Enfin, il ne faut pas oublier qu'une néphrite grippale, même lorsqu'elle se termine par la guérison, fait du rein un *locus minoris resistentiæ* à l'égard des affections et des infections futures.

Le traitement de la néphrite grippale préconisé par M. Tuvache est celui qu'il a vu employer dans le service de M. le professeur Dieulafoy.

Il peut être résumé ainsi qu'il suit :

Régime lacté exclusif : de 1 à 3 litres de lait par jour ;

Tisane de lactose : le malade prend par jour 1 litre à 1 litre 1/2 d'une tisane contenant de 40 à 50 grammes de sucre de lait par litre, aromatisée au besoin avec du citron.

La lactose a un pouvoir diurétique très efficace, qui vient s'ajouter à l'excès de pression sanguine produite par la grande quantité de liquide ingéré.

S'il se produit des vomissements, on peut administrer la lactose par la voie rectale en donnant, par jour, 4 lavements de 150 à 200 grammes d'eau, contenant chacun 15 grammes de sucre de lait.

Au besoin, on peut ordonner, à la fois, et les lavements et la tisane.

Il est urgent de faire cesser les vomissements, qui gênent à la fois l'alimentation du malade et son traitement. Dans ce but, on prescrira la mixture suivante :

Eau de chaux	120 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 02 cent.
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 01 cent.

F. S. A. — A prendre une cuillerée à bouche avant chaque ingestion de lait.

La dyspnée urémique sera combattue efficacement par une saignée de 200 à 400 grammes.

Contre les symptômes pulmonaires, on se servira avec avantage de ventouses sèches ou scarifiées ; mais on se gardera bien de l'usage des vésicatoires, l'absorption de la cantharidine étant nuisible pour le rein malade. »

V

Je terminerai cet article en rappelant quelques-unes des règles qui doivent guider dans la thérapeutique de toutes les formes de la grippe.

On ne doit jamais perdre de vue que *c'est la dépression nerveuse, l'asthénie, qui est le plus grand danger*, quelle que soit la localisation principale, pneumonique, cardiaque ou gastro-intestinale ; d'où la nécessité de *proscrire tous les médicaments et toutes les médications qui peuvent déprimer les forces du malade* : les antimoniaux, les stupéfiants, les émissions sanguines, les purgatifs drastiques ou réitérés.

Comme révulsifs on préférera ceux qui, ne désorganisant pas les tissus, pourront être fréquemment réitérés; donc *pas de vésicatoires*, mais des sinapismes et cataplasmes sinapisés et des ventouses sèches réitérées contre les congestions pulmonaires.

Les médicaments de choix, outre la quinine et l'antipyrine, sont les *stimulants du système nerveux* : caféine, strychnine ; les alcooliques.

Enfin il faut ne pas oublier que les *infections secondaires* ont joué un rôle considérable dans la mortalité de la dernière épidémie. Pleurésies purulentes, méningites, otites, abcès des sinus maxillaires et frontaux, etc., toutes ces complications viennent de la diffusion des pyogènes, notamment du streptocoque, qui, toujours présents à la surface de nos muqueuses et de nos téguments, ne demandent qu'à profiter de l'asthénie grippale pour envahir l'intimité des tissus, le sang et les cavités séreuses.

D'où l'indication des irrigations antiseptiqu

des cavités nasales et bucco-pharyngiennes, des lavements antiseptiques, de l'antisepsie gastro-intestinale (naphtol, bétol, salol, salicylate de bismuth).

Il faut se tenir prêt à ponctionner rapidement les épanchements pleuraux pour en déceler la nature et, s'ils sont purulents, se hâter de les évacuer pour faire l'antisepsie de la plèvre.

Il faut surveiller les otites, arthrites, les abcès ou les phlegmons, qui peuvent se montrer dans différents endroits et échapper à l'attention du médecin par suite de l'asthénie et de l'indifférence du grippé; mais qu'il ne faut jamais tarder à évacuer et à drainer.

P. LE GENDRE.

QUESTIONS D'ENSEIGNEMENT

La rétribution directe des professeurs de médecine par les étudiants. — Séparation du corps examinant et du corps enseignant.

M. Bourneville traite ces deux questions connexes, dans le *Progrès médical*, à propos d'une lettre du professeur Le Fort qui parut le mois dernier dans un journal politique et dans laquelle M. Le Fort se déclarait partisan de cette mesure. Les arguments présentés par le rédacteur en chef du *Progrès* nous paraissent fort topiques.

« ... Les professeurs des Facultés reçoivent un traitement fixe pour faire, d'après un programme déterminé, un certain nombre de leçons, soit pendant le semestre d'été, soit pendant le semestre d'hiver ou même toute l'année : tel est le cas des professeurs de clinique. Dès lors que les professeurs remplissent exactement leurs obligations, nous ne verrions aucun inconvénient à ce qu'ils puissent faire des cours payés, à une condition toutefois, c'est qu'ils ne fassent point partie des jurys d'examen. La même liberté, sous la même condition, devrait être accordée aux agrégés.

Quant aux médecins et chirurgiens des hôpitaux, nous ne voyons aucune bonne raison à invoquer contre la rétribution de leurs leçons. Depuis longtemps, les chefs de clinique et les internes donnent des leçons de clinique payées. C'était une tolérance, il est vrai. Mais personne, à notre connaissance, n'a réclamé. Ce qu'on a toléré pour les chefs de clinique et les internes nous semble devoir être admis pour les chefs de service, et le droit devra remplacer la tolérance. Il est certain, on l'a dit bien des fois, que les étudiants suivent avec beaucoup plus d'exactitude les cours qu'ils paient que les cours officiels gratuits....

N'est-il pas à craindre, disait-on, que cette rétribution des médecins des hôpitaux ne produise dans le public une mauvaise impression ; qu'on accuse les médecins de tirer des malades une source de revenus ? Cette objection a longtemps retenu M. Peyron, à l'origine hostile à la rétribution des cours ; elle a disparu, à ses yeux, après un plus sévère examen.

« Il est certain, en effet, écrit M. Peyron (1), que quand les malades viennent à l'hôpital ils savent à l'avance qu'ils seront soumis, non seulement à l'examen du chef de service, mais aussi à celui des élèves ; mais presque tous s'y résignent sans protestation, car ils savent aussi que ces examens multipliés leur sont imposés dans l'intérêt supérieur de la science, et ils sont également assurés que les chefs de service ont le devoir de veiller à ce que ces examens ne soient jamais poussés jusqu'à la fatigue et ne puissent jamais leur devenir dommageables. Que le chef de service reçoive le traitement honorable que la Faculté assure à ses professeurs, la maigre indemnité que l'Assistance publique alloue à ses médecins, ou qu'il soit directement rémunéré par ses élèves, la chose doit être indifférente aux malades, et, pas plus dans le dernier cas que dans les autres, on ne pourrait dire que ces examens multipliés, qui sont la conséquence de tout enseignement pratique, sont imposés aux malades, non pas dans l'intérêt de la science, mais dans l'intérêt de celui qui la distribue. »

La rétribution des cours par les élèves est contraire à nos habitudes, dit-on. Piètre argument et qui n'a pas la valeur absolue qu'on lui donne. Les étudiants ne paient-ils pas des inscriptions, des droits d'examen, etc., qui alimentent le budget des Facultés ? Un certain nombre d'entre eux ne paient-ils pas des cours particuliers pour la préparation aux examens ? »

M. Le Fort, dit en comparant notre système professoral et celui de l'Allemagne :

« En Allemagne, les vrais clients du professeur sont les élèves ; en France, ce sont les malades de la ville. En Allemagne, on vit de la science par la science ; en France, on vit du malade par le malade.

« Il y a donc, entre l'organisation allemande et l'organisation française, un abîme profond. C'est à la rétribution des professeurs par les élèves que l'Allemagne doit la multiplicité de ses travaux scientifiques et la hauteur de son enseignement. »

M. Le Fort estime avec raison que la rétribution des professeurs par les élèves suppose une modification dans l'organisation des examens chez nous ; car il ne peut admettre qu'un professeur soit appelé à être le juge d'un élève qui peut, quelques jours avant l'examen, lui prendre des leçons particulières, directement payées.

M. Bourneville souhaite que la lettre de M. Le Fort devienne le point de départ d'une campagne de presse en faveur de ces idées. Nous nous associons bien volontiers à ce souhait; car ces idées nous semblent tout à fait justes.

P. L. G.

TRAVAUX ORIGINAUX

La grippe indienne

Nous possédons plusieurs relations d'épidémies d'*influenza*, qui portait alors le nom de *grippe indienne*. Elle était ainsi nommée parce qu'on prétendait qu'elle avait été importée et naturalisée en France par les Ambassadeurs de Tippo Saïb à la cour de Louis XVI, maladie dont beaucoup de personnes furent atteintes et qui occasionna une grande mortalité.

En 1803, nouvelle épidémie qui ne respecta pas les personnages les plus hauts placés. La famille du premier Consul fut atteinte assez violemment et Lucien Bonaparte rapporte dans ses *Mémoires* qu'il en fut atteint, en même temps que sa mère

(1) *Mémoire au Conseil de surveillance sur l'Enseignement clinique*, décembre 1891.

et sa sœur Elisa, d'une façon très sérieuse. Le premier Consul leur envoya le docteur *Corvisart*, alors réputé le premier des princes de la science, parce qu'il avait eu le bonheur ou l'habileté, dit Lucien, de le guérir. Lucien ne guérissait pas ; il ne prenait pas les médicaments ordonnés ; il n'avait pas confiance en la médecine et il avoue qu'il était le plus mauvais malade du monde.

Cependant, comme sa grippe indienne, ou européenne, le faisait beaucoup souffrir, surtout de crampes très douloureuses, qu'il avait une grosse fièvre, il consentit à essayer d'un remède *indien*, qui, au dire de son chirurgien, Paroisse, non seulement ne pouvait pas lui faire du mal, mais calmerait certainement tous les fâcheux symptômes auxquels il était en proie depuis trois jours. Du reste, ce remède avait déjà guéri très promptement plusieurs personnes de ses amis et de ses connaissances.

Prenant donc son courage à deux mains il avala avec force grimaces la potion que lui présentait le chirurgien Paroisse qui, comme certains confrères de notre temps, soignait, sans le prévenir, un client de *Corvisart*. Oh ! pour cette fois, puissance réelle de la médecine, après quelques minutes, en un clin d'œil, dit-il, il se sentit soulagé de toutes ses douleurs et s'endormit profondément pendant 6 heures. En s'éveillant, il était guéri.

Alors, comme aujourd'hui, la confraternité médicale n'était pas toujours de la dernière délicatesse. On laissa ignorer à Corvisart ce qui avait été fait et, lorsqu'il revint voir son malade, il constata cette amélioration surprenante et en attribua le mérite à ses prescriptions, tandis que le malade et le chirurgien riaient du bon tour qu'ils avaient joué au prince de la science. Or, veut-on savoir quel était ce fameux remède ? Une forte dose d'opium.

Le malade, homme instruit et intelligent, trouva tout naturel que le premier effet ait été de l'endormir, « Mais me guérir si soudainement et si radicalement, j'en ai toujours été émerveillé ». Il m'a toujours paru que nous donnions les médicaments à trop petites doses. Rendus craintifs par les malades, qui, aux premiers effets physiologiques d'un médicament, se croient *empoisonnés*, nous ne donnons que de petites doses et beaucoup de médecins timorés ont toujours peur de donner la dose normale et ainsi n'obtiennent pas l'effet espéré et attendu. Il n'y a que chez les enfants où il faut être extrêmement réservé pour les doses et il convient de ne les donner (l'opium surtout) qu'à doses fractionnées.

Lorsque l'influenza affecte la forme *méningitique* : vomissements, céphalalgie, douleurs contusives dans le tronc, térébrants dans les membres, une forte dose d'opium serait capable de l'arrêter comme dans le cas ci-dessus. Cette année, d'après les quelques cas que j'ai vus, je crois que c'est la forme *catarrhale* qui domine et dans ce cas le traitement de M. Marrotte me paraît mieux approprié. D'après ce que j'ai vu, le pronostic n'est grave que chez les vieillards, chez les gens affaiblis ou déjà atteints d'une autre affection.

On essaiera au début du chlorydrate d'ammoniaque, ensuite du sulfate de quinine, selon les symptômes, une bonne dose d'opium le soir, excepté chez les vieillards, où il faut toujours craindre la prostration, et le mal cédera promptement.

Dr MAUREL.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Honoraires médico-légaux.

Le Tréport, le 17 novembre 1891.

Mon cher Confrère,

Le n° du 14 novembre, p. 549, contient une lettre du Dr Mignen relative aux honoraires médico-légaux en cas de « non-soupçon de crime ».

Nos bateaux de pêche apportent de temps en temps des cadavres pris dans leurs filets. D'ordinaire les constatations faites sur réquisition du Commissaire spécial de police m'étaient payées par le Parquet ; mais l'an dernier et cette année elles ont été refusées par le Parquet, parce que précisément il n'y avait pas « soupçon de crime », et, à la suite des explications que m'a fournies le Commissaire spécial, j'ai présenté mon mémoire à la mairie avec réquisitions à l'appui (elles m'avaient été retournées) et j'ai pu ainsi toucher mes honoraires.

En cas de suicide, mort subite, etc., quand la famille peut payer, c'est elle que cela regarde ; jusqu'à présent j'ai toujours pu me faire payer, mais il peut y avoir des difficultés. Le médecin ne devrait pas en pareil cas avoir à réclamer lui-même les honoraires.

Agréez....

Dr LEMAIRE.

Médecins des Frontières.— Convention Franco-Belge.

Mon cher Directeur,

Vous me demandez *l'historique* succinct de l'affaire *des médecins frontières* ; je m'empresse de répondre à votre désir.

Dès qu'elle fut promulguée en janvier 1881, au grand étonnement des confrères intéressés qui n'avaient pas été pressentis, la Convention franco-belge fut l'objet de vives protestations de la part des médecins français. Le docteur Coliez, de Longwy, adressa dès cette année, à l'Association générale un rapport où il démontrait combien la bonne foi de notre gouvernement avait été surprise.

Le « Concours médical », à différentes reprises, s'est fait l'écho des doléances d'un grand nombre de confrères ; mais ces doléances isolées restèrent sans effet.

Cependant en 1884, le mouvement s'accentuait et le vénéré Président de l'association locale des Ardennes, docteur Toussaint, de Mézières, portait la question devant l'Assemblée générale d'avril 1885 à Paris. Il fut écouté avec déférence et ce fut tout. La haute Assemblée jugea indigne d'elle de prendre en mains la cause de quelques confrères relégués bien loin.

Les syndicats médicaux sont plus à même, en groupant les intéressés, de s'occuper plus spécialement de ces revendications particulières dont ils peuvent apprécier la justesse.

Aussi, dès sa formation, le syndicat de la Vallée de la Meuse résolut de porter directement à la connaissance des ministres compétents les plaintes réitérées des médecins de la frontière au sujet de cette funeste Convention de 1881 dont souffrent surtout bon nombre de ses membres.

Nous avons d'abord, en assemblée plénière, for-

mulé un vœu paru dans le n° 20 du *Concours* de 1891. Nous l'avons soumis aux confrères échelonnés le long de la frontière, de Longwy à Maubeuge. Tous y ont adhéré avec empressement.

Ce vœu, avec l'exposé des motifs, que le *Concours* a également publié dans son n° 28, fut adressé à messieurs les Ministres des affaires étrangères, de l'instruction publique et du commerce, en juillet dernier.

Quelques jours plus tard M. Ribot me faisait savoir qu'il avait remis le dossier à son collègue de l'Intérieur, à qui il appartient, disait-il, d'examiner la suite que comporte l'affaire.

M. Constans, à son tour, me demanda les textes de lois et règlements qui régissent la pharmacie en Belgique. J'ai pu à grand peine me procurer ce document et l'ai expédié aussitôt.

Entre temps, M. le Préfet des Ardennes donna, après enquête, un avis favorable à notre requête et le Conseil général, ainsi que le Conseil d'arrondissement de Rocroi, l'appuyèrent.

Dans ces conditions, qu'attend encore notre gouvernement si dévoué pourtant à nos intérêts, pour dénoncer une Convention si préjudiciable à nos nationaux ?

Nous vous prions instamment, mon cher Directeur, d'accord avec le nouveau Président de l'Union des syndicats médicaux, d'user de toute votre influence pour faire aboutir nos revendications.

Veuillez présenter à M. le docteur de Fourmestreaux les félicitations de notre Syndicat et recevoir pour vous, mon cher Directeur, avec nos remerciements, la nouvelle assurance de nos meilleurs sentiments.

Dr Renson,
Secrétaire du syndicat médical de la Meuse.

Monthermé, le 7 décembre 1891.

La société locale de Castres (Tarn) a émis le vœu que « le nombre des représentants de la province au *Conseil général* de l'Association soit augmenté ». Une société locale a rejeté ce vœu, sans motiver sa décision. Le Dr *Paillé*, secrétaire de la Société de Castres, fait cette remarque assez piquante que tout récemment le Président de la Côte-d'Or a été appelé à siéger au *Conseil général* et que dès lors la Côte-d'Or est satisfaite.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de Douai et de la région.

Procès-verbal de la réunion tenue à Douai le 26 novembre 1891.

Présidence de M. le Dr Sockeel, président.

Etaient présents: MM. Watelle père, Sockeel, Watelle fils, Faucheux, Monnier, Pollet, Baude, Lambiliotte, Desmoulin, Toison, Wigniolle, Frey, Thiéry, Sellé, Duflos, Plet, Buisson, Vandamme, Caffeau, Dubrulle, Deltombe, Dransart, de Somain, Martin, Houriez, Vallée, Legrain, Laciment.

Excusés par lettre: MM. Hérin, Cuisinier, de Emont.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

L'ordre du jour porte :

1° Discussion du tarif ;

2° Communication d'une proposition faite par le Concours médical ;

3° Proposition d'un mode unique de réclamation d'honoraires.

Discussion du tarif.

M. le Dr *Sockeel*, président, remercie l'Assemblée de l'honneur qu'elle lui a fait en le désignant pour la présidence, et l'assure de tout son dévouement à l'œuvre commune.

Il expose à l'Assemblée que le tarif présenté à l'approbation de l'Assemblée n'est pas, comme le prescrivent les statuts, un tarif minimum ; c'est un tarif de base, au contraire, très élevé. Il faut en effet se souvenir que lorsque les médecins jouiront des bénéfices de la loi du 22 mars 1884 sur les syndicats, c'est-à-dire quand, dans les affaires contentieuses, les avis du syndicat seront tenus à la disposition des parties, il n'est pas douteux qu'il ne fût tenu compte du tarif que nous adopterons aujourd'hui. Or, en pareille circonstance, le juge, ayant des éléments suffisants d'appréciation, réduira au minimum le mémoire d'honoraires que vous aurez présenté; et que pourrons-nous invoquer, puisque sa décision sera basée sur un texte écrit approuvé en Assemblée ! Ce qu'il faut, c'est ne pas avilir la profession médicale en demandant comme honoraires des prix inférieurs à ceux que réclame de nous un commissionnaire pour porter nos bagages. Chacun doit imposer au client le respect de sa dignité en lui réclamant une rémunération honorable pour les soins qu'il lui a donnés.

M. le Dr *Pollet* fait observer que les statuts (art. 33) imposent à l'assemblée le devoir d'établir un tarif minimum obligatoire pour chacun de ses adhérents. Tout en reconnaissant le bien fondé des observations de M. Sockeel, il croit que l'on pourrait concilier les deux situations en acceptant le tarif de base qui serait destiné à être produit en cas de contestations entre médecins et clients, et en fixant à un tant pour cent en moins le tarif minimum.

M. le Dr *Martin*, lui aussi, pense que la fixation d'un tarif minimum est indispensable, aussi se rallie-t-il à l'idée d'établir ce tarif minimum en acceptant un quantum de tant pour cent au-dessous du tarif de base.

M. le Dr *Toison* fait remarquer que le Syndicat, englobant tout l'arrondissement, l'adoption d'un tarif unique lui paraît impossible. Il faudrait, selon lui, que le tarif fût une question locale ; certaines localités sont riches, d'autres pauvres ; ce sont là des considérations qui l'engagent à demander que l'on élabore un tarif pour chaque localité.

M. le Dr *Buisson* objecte que la formation d'une certaine quantité de sous-syndicats dans le Syndicat formé n'aurait d'autre résultat que de détruire ou de rendre impossible la cohésion qui nous est indispensable pour marcher de l'avant. Il trouve néanmoins juste l'idée de M. Toison, idée qui rentre dans sa manière de voir, comme l'Assemblée en jugera par la proposition suivante :

« L'Assemblée adopte le principe d'un tarif de base qui lui est proposé par le bureau. Mais, à chaque médecin qui trouverait le tarif trop élevé,

elle laisse la latitude de demander au bureau l'autorisation de le réduire de tant pour cent. Celui-ci, s'inspirant de la situation du médecin, des ressources de la localité, jugera s'il y a lieu d'accorder ou de refuser l'autorisation demandée. La décision du bureau ferait loi pour la Région. »

Il faut, en effet, réfléchir que, si les médecins établis depuis longtemps dans une localité où ils ont acquis une certaine réputation demandaient les mêmes prix que les jeunes médecins qui débutent, ils détruiraient chez ces derniers tout espoir de clientèle. Ce qu'il faut, c'est rester unis, bons confrères, ne jamais se dénigrer; il ne faut pas faire du Syndicat un régiment où tout marche à la baguette ce serait le seul moyen de n'être pas durable. Donc, dit-il, restons unis, resserrons nos relations, entendons-nous pour relever moralement et matériellement notre profession; pour cela, établissez un tarif élevé, et laissez au bureau le soin d'apprécier les demandes qu'il n'accordera, soyez-en persuadés, que si les raisons invoquées lui paraissent suffisantes.

M. le Dr *Sockeel* fait remarquer qu'il faut n'agir que progressivement, sans brusquerie; l'on peut avoir avec le client des habitudes prises, et, vouloir les changer brusquement, ce serait peut-être s'exposer à des mécomptes.

M. le Dr *Baude* serait d'avis de créer deux sortes de tarifs : le tarif dit de base, qui serait aussi élevé que possible, ce serait le tarif entre médecin et client; et un autre tarif, dit de concurrence, qui correspondrait au tarif minimum prévu par les statuts.

Les discussions qui s'engagent parmi l'Assemblée restant toutes dans le même ordre d'idées, M. le Président met aux voix la proposition de M. *Buisson*. Celle-ci est adoptée.

L'Assemblée passe ensuite à la discussion des articles du tarif. Avant de commencer cette discussion, M. le Dr *Martin* demande que l'on spécifie les diverses catégories, car, dit-il, un médecin pourra ranger un client dans une catégorie, alors qu'un autre le placera dans une différente. Cela pourrait avoir des conséquences défavorables pour certains confrères.

M. le Dr *Monnier* fait observer qu'il arrive fréquemment que les médecins, en ville et surtout à la campagne, se basant sur ce fait qu'une visite est une visite, demandent au châtelain, au cultivateur aisé, le même prix qu'à un petit ménager ou un ouvrier aisé. C'est la correction de cet abus que l'on a en vue en établissant des catégories.

Quant à la remarque faite par M. Martin, M. *Buisson* fait observer qu'il y a là une impossibilité matérielle qui ne peut être résolue. Cette classification reste un peu à l'appréciation du médecin, sans que l'on puisse en aucune façon l'incriminer. Le médecin ne pourrait se plaindre que si l'écart dans la classification était nettement apparent. Dans la 4e catégorie, on rangera l'ouvrier gagnant largement sa vie, le petit commerçant patenté; dans la 3e, le commerçant, le cultivateur aisés, etc., et ainsi de suite jusqu'à la première. Du reste, dans nos petites localités, l'on apprend vite qu'un client a changé son médecin, et alors pourquoi ne pas demander amicalement à son confrère dans quelle catégorie il avait rangé ce client. Grâce à ce moyen, la classification devrait être rapide.

Sous le bénéfice de ces observations, l'Assemblée passe à la discussion du tarif.

NATURE DES VISITES ET OPÉRATIONS	1re catégorie.	2e catégorie.	3e catégorie.	4e catégorie.
Visite de tournée ordinaire....	10	5	3	2
Visite d'urgence, ou imposée à heure fixe....................	20	10	6	4
Visite extra-muros, ou hors tournée	même prix que la visite plus 1 fr. par kilomètre parcouru.			
Visite de nuit, de 9 h. soir à 7 h. matin....................	Cinq fois le prix de la visite ordinaire.			
Visite de nuit extra-muros....	— plus 2 fr. par kilomètre parcouru.			
Consultation dans le cabinet...	Le prix de la visite en tournée.			
Consultation écrite dans le cabinet....................	Le double du prix de la visite.			
Consultation entre confrères...	60	40	20	10
Consultation avec examen spécial, tel que toucher rectal, vaginal, examen au spéculum, cathétérisme simple, etc., etc.	Le double de la visite.			
Acoouchement simple (y compris les neuf jours consécutifs)	300	200	100	30
Accouchement laborieux id.	Le double de l'accouchement naturel.			
Délivrance artificielle seule....	Le prix de l'accouchement naturel.			
Hernie réduite par le taxis. { Facile.....	Le double de la visite.			
Hernie réduite par le taxis. { Difficile ..	Selon la difficulté.			
Grandes opérations, telles que opération de la hernie étranglée, amputation d'un membre, trachéotomie, opération du bec-de-lièvre compliqué, curettage utérin. (Les visites consécutives en sus.)........	500	400	250	100
Pose d'appareils inamovibles importants (Ex-coxalgie)....	200	100	75	50
Fractures { Membre supérieur.	125	100	60	25
Fractures { Membre inférieur..	250	200	125	50
Luxations { Membre supérieur. / Membre inférieur..	Comme pour les fractures			
Opération de l'hydrocèle.......	200	100	60	30
Thoracenthèse	200	100	60	30
Amygdalotomie	100	75	50	20
Anesthésie	100	60	40	30
Opérations de petite chirurgie, telles que saignée, vaccination, massage, injections hypodermiques, cautérisation, électrisation, application du pessaire, bandage, ventouses sèches, scarifiées, pansement simple, etc....................	Le double de la visite.			
Certificats....................	Selon leur importance et leur but.			
Certificats délivrés aux Cies assurances vie. { sans analyse d'urine	Vingt francs.			
Certificats délivrés aux Cies assurances vie. { avec analyse d'urine	Vingt-cinq francs.			
Certificats Accidents (Cies d'Assurances	(Sans soins) Six francs.			
Analyse d'urine....................	Cinq francs.			
Pansement compliqué.........	Selon la durée et la difficulté.			

Nota. Dans les prix portés au présent tarif, ne sont pas comprises, bien entendu, les visites consécutives, qui devront être ajoutées aux prix portés.

En ce qui concerne les Compagnies d'Assurances sur la vie, l'Assemblée charge la Commission administrative d'aviser ces dernières de la déci-

sion prise. Comme suite à cette délibération la lettre suivante a été adressée à chaque représentant des Compagnies :

Monsieur,

Nous avons l'honneur de vous aviser que, dans sa réunion du 26 novembre dernier, l'Assemblée du Syndicat médical de Douai et de la région, après avoir pris connaissance des renseignements qui lui ont été communiqués par divers syndicats, considérant que les prix payés à ces divers syndicats sont différents de ceux octroyés dans la région, a pris la résolution suivante :

« La Commission administrative du Syndicat médical de Douai et de la région est chargée par l'Assemblée de faire connaître à chaque Compagnie ayant un représentant à Douai ou dans la région que, à dater du 1er janvier 1892, le coût des certificats délivrés pour contracter une assurance sur la vie, quel qu'en soit le montant, est ainsi fixé :

Certificat sans analyse d'urine.. vingt francs
Certificat avec analyse d'urine.. vingt-cinq francs

Chaque membre s'engage, à dater de cette époque, à refuser tout certificat à un prix inférieur. »

En vous priant, Monsieur, de vouloir bien nous accuser réception de cette lettre, et nous transmettre la décision de la Compagnie que vous représentez, nous avons l'honneur, etc.

Le Secrétaire,
Dr A. POLLET. »

REPORTAGE MÉDICAL

Au sujet de *l'indemnité de maladie*, divers articles de journaux commentent celui de M. Lereboullet, que nous avons publié. MM. *Laborde, Lutaud, Saint-Philippe* et autres regrettent, comme nous, des retards qu'on aurait bien pu éviter et ils disent que les œuvres de prévoyance valant mieux que celles de charité, d'assistance ; c'est du côté de l'indemnité de droit qu'il faut se retourner et trouver le meilleur et le plus simple mode d'exécution. Nos collègues regrettent, pour l'Association, de voir l'indemnité de maladie se créer en dehors d'elle. Cette solution n'est pas de nature à faciliter son recrutement et l'objection de l'inégalité de cotisation n'est pas insurmontable.

— A *Billancourt* une dame *Schethlé* a été condamnée pour exercice illégal. Elle a payé l'amende et continue ; on l'a poursuivie et recondamnée. Invitée à se rendre au parquet, elle déchire la convocation et c'est en vain que le procureur de la république a tenté de la faire saisir. Qui aura le dernier mot ? Nous le demandons à nos confrères de Billancourt !

— Un abbé vend de la pommade à *Nontron* ; on le condamne ; mais on décharge les journaux qui avaient annoncé le remède. En quoi ces journaux pouvaient-ils être responsables et qui les avait mis en cause, demande le *Progrès* ?

— Par une lettre de leur *président, les médecins des Bureaux de bienfaisance* réclament, à juste titre, d'être représentés au Conseil de surveillance de *l'Assistance publique* ; le service des hôpitaux y est représenté ; le service à domicile doit l'être également.

— Nous publierons prochainement le texte des modifications apportées par la commission sénatoriale, à la *loi Chevandier*. Nous constatons avec regret qu'elles ne sont pas dans le sens des désirs de la majorité des médecins. Nous publierons aussi le projet de loi sur la *protection de la santé publique*.

L'enseignement clinique de la médecine au Conseil municipal. — Dans une récente séance, cette assemblée a voté, sur la proposition de M. Strauss, un crédit de 50.000 francs destiné à encourager l'enseignement clinique dans les hôpitaux. L'affectation et la répartition de ce crédit seront l'objet d'une délibération ultérieure dont nous ferons connaître l'important résultat.

De plus, M. Navarre, rapporteur du budget de l'Assistance publique, a fait adopter les propositions suivantes, dont la gravité et l'importance sont manifestes, si, comme il est vraisemblable, le Conseil municipal met en demeure l'Administration de les exécuter.

1° Créations d'hôpitaux spéciaux de phtisiques, de teigneux, etc.

2° Amélioration des services de chirurgie et d'obstétrique.

3° Invitation à l'administration d'exiger une régularité plus grande des chefs de service aux consultations externes et dans les visites quotidiennes.

Ajoutons que le Conseil municipal subventionne largement diverses policliniques. C'est une évolution visible dans le sens d'une modification du système actuel d'assistance des malades et de l'organisation du service médical hospitalier, tel qu'il existe.

(*Revue génér. de clin. et de thér.*)

Distinctions honorifiques. — A la séance publique annuelle de l'Académie de médecine, M. le secrétaire perpétuel a annoncé que M. le ministre de l'Intérieur venait d'informer l'Académie que dorénavant, chaque année, elle pourrait lui présenter pour la décoration trois médecins de province qui, par leurs travaux multiples sur les épidémies communiqués à l'Académie, auraient épuisé la série de récompenses qu'elle peut leur décerner. Ce procédé est excellent et très juste.

(*Progrès médical.*)

Conseil d'Hygiène et de salubrité de la Seine. — Dans sa dernière séance, le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine s'est préoccupé du danger qui peut résulter pour la santé publique de la *mauvaise qualité de l'eau servant à préparer la glace* et de la question de savoir si le laboratoire municipal ne pourrait pas être chargé de faire des analyses au point de vue bactériologique. On a, en effet, cité ce fait qu'à Gentilly on prend dans la Bièvre de la glace destinée à la consommation parisienne. Mais, d'autre part, on a fait remarquer que la glace ne servait pas toujours à l'alimentation. Les bouchers et les charcutiers, par exemple, l'emploient pour la conservation des viandes. Alors surtout que la glace n'est même pas en contact avec des produits alimentaires, il n'est pas possible d'exiger qu'on n'use que de la glace absolument pure. Chez les glaciers également elle n'est employée que comme véhicule du froid. Il serait donc très difficile d'exiger, d'une façon absolue, que la totalité de la glace employée à Paris soit de source toujours pure. Alors s'est posée la question de savoir si la glace destinée aux usages industriels ne devrait pas être dénaturée. Finalement le conseil a chargé une commission composée de MM. Riche, Schutzenberger, Jungfleisch, Armand Gautier et Léon Colin de lui présenter un rapport détaillé sur cette question.

Association des médecins étrangers exerçant en France. — Le nombre des médecins étrangers exerçant en France est difficile à établir ; on en compte environ 250 à Paris, où après les différentes stations hivernales, leur proportion relative est la plus grande. La pensée est venue à quelques-uns d'entre eux de fonder à Paris une association ayant

pour but de les rapprocher les uns des autres, dans quelque point de la France qu'ils exercent, et de leur fournir le moyen de s'entr'aider. Un comité a été nommé pour élaborer les statuts.

L'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine, siège social : 4, rue de Lille, fait d'utile besogne : voici l'ordre du jour de la réunion du Conseil d'administration du lundi 4 janvier : I. Les Policliniques (Drs Gaudin, Alb. Le Blond, Fissiaux).—II. Un manquement grave aux règles de la déontologie par le Docteur X. (Dr Launay). — III, Exercice illégal. Poursuites (Dr Duchesne). — IV. Visites du dimanche, visites d'urgence, visites à heures fixées, visites demandées entre 7 et 10 heures du soir (Dr Le Baron). — V. Une communication à la Société médicale du VIe arrondissement. Nouveaux adhérents (Dr Le Baron).

— La Société française contre l'abus des boissons alcooliques décernera, au mois de décembre 1892, un prix offert par M. le Président de la République (un vase de Sèvres), à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : « Etude des meilleurs moyens à prendre, par le législateur ou par l'initiative privée, pour prévenir l'abus des boissons alcooliques et pour en combattre les dangers. »

Les mémoires, écrits en français, porteront une épigraphe reproduite sur un pli cacheté renfermant le nom de l'auteur. Ils devront être remis le 30 septembre 1892, au plus tard, à M. le docteur Motet, secrétaire général de la Société, rue de Charonne, 161, à Paris.

L'Influenza. — Le bacille de l'influenza. — Le bruit court à Berlin que le médecin-major Richard Pfeiffer, gendre du professeur Koch, aurait découvert le bacille produisant l'influenza. Il ferait prochainement une communication sur la nature de ce bacille.

On mande de Berlin au *Standart* que, en même temps que le docteur Pfeiffer, gendre du docteur Koch, un jeune médecin de Moabit a découvert un microbe particulier dans le sang des malades souffrant de l'influenza. Le docteur Pfeiffer a trouvé son microbe, non dans le sang, mais dans les crachats.

Nécrologie. — Un des doyens du monde médical, M. le docteur Charles-Nicolas Halmagrand, vient de mourir la semaine dernière à Orléans. C'est au milieu d'une foule énorme, dit le *Républicain orléanais*, qu'ont eu lieu ses obsèques. On peut dire que tout Orléans y assistait. On y remarquait le préfet, les sénateurs et députés du Loiret et des départements voisins, toute l'administration municipale, le Conseil municipal et de nombreuses délégations médicales, etc., etc. Le deuil était conduit par les docteurs Robert Halmagrand et Paul Boulle, fils et petit-fils du défunt, les docteurs Maygrier et Brissaud, ses neveux.

Au cimetière, un certain nombre de discours ont été prononcés. Le docteur Chipault, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, a retracé avec émotion et éloquence la vie du docteur Halmagrand.

M. Halmagrand avait été à deux reprises différentes conseiller municipal d'Orléans, où il a apporté de sérieuses améliorations au point de vue de l'hygiène et de la salubrité. Nous adressons à sa famille l'expression de nos regrets les plus sympathiques.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de MM. les Drs HALMAGRAND (Charles), d'Orléans (Loiret) ; ROUSSEL, de Plestin-les-Grèves ; DEVILLE, major au 75e de ligne, à Lyon ; STAËS, père, de Camphin-en-Pévele.

AHDÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

3675. M. POUILLOT, de Graçay (Cher), membre du syndicat de Vierzon.

3676. M. NICOLAS, de Vichy (Allier), présenté par le Dr Berthomier, de Vichy.

3677. M. BERNE, de Cannes (Alpes-Maritimes), présenté par le Dr Escarras, de Cannes.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE

4, rue Antoine-Dubois, 4

Guide pratique des Sciences médicales, publié sous la direction du Dr Letulle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des Hôpitaux, encyclopédie de poche pour le praticien. Ouvrage in-18 de 1,500 pages, cartonné à l'anglaise. — Prix : 12 francs.

Nous ne saurions mieux faire pour éclairer le praticien sur la valeur de notre **Guide pratique** que de reproduire textuellement l'article paru dans le *Bulletin général de thérapeutique*, dirigé par M. le Dr Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine.

Voici ce qui a été dit de notre encyclopédie de poche :

C'est un véritable chef-d'œuvre que ce *Guide pratique des sciences médicales* qui vient de paraître, car on trouve réuni dans ce petit volume tout ce qui a trait à la médecine, à la chirurgie, à l'obstétrique. Rien n'est omis : maladies cutanées, électricité médicale, odontologie, analyse des urines, toxicologie, tout est traité, et c'est un véritable tour de force de la part des auteurs d'avoir réussi à condenser ainsi toutes les connaissances indispensables de l'art médical.

On est surpris, en lisant cet ouvrage, de voir résumés en quelques lignes les symptômes, les complications, le diagnostic et le traitement de chaque maladie ; les détails les plus minutieux y ont trouvé place.

La partie thérapeutique est des plus soignées, et outre les paragraphes spéciaux consacrés au traitement à la fin de la description de toutes les affections, il existe quatre formulaires : 1° un formulaire général extrêmement bien fait ; 2° un formulaire spécial pour les maladies de la peau, renfermant les principales formules des maîtres en dermatologie ; 3° un formulaire spécial pour les maladies des nouveau-nés et des enfants ; 4° un formulaire spécial d'odontologie.

Ce qui caractérise essentiellement ce manuel, c'est que, conçu et exécuté par des jeunes, il est absolument pratique et tout à fait au courant des idées les plus modernes. Aussi est-il appelé, à notre avis, à un grand et légitime succès ; en effet, tout médecin voudra le posséder et sera, comme nous, charmé de trouver réunis dans le même volume tant de documents.

Il nous reste, en terminant, à féliciter chaudement les auteurs et la Société d'Editions scientifiques d'avoir si heureusement mené à bien la tâche difficile qu'ils s'étaient tracée ; ils ont voulu faire œuvre utile et ils ont grandement réussi.

Envoi franco par la poste contre un mandat de 9 fr. 60 *à MM. les membres du Concours médical.*

AVIS. — En 1892 il ne paraîtra qu'un supplément au Guide pratique de 1891. Les praticiens qui désirent se procurer 1891 doivent se hâter ; il ne reste plus que quelques exemplaires.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année — N° 4 — 23 Janvier 1892

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Election du Président de l'Association.

Dans leur récente réunion, le *Conseil de Direction* du Concours médical et le *Bureau* de l'Union des Syndicats ont examiné la question du remplacement de M. Henri Roger, comme Président de l'Association.

A *l'unanimité*, les membres des deux bureaux ont décidé qu'ils voteraient pour M. le professeur *Lannelongue* et qu'ils engageraient de tout leur pouvoir, pour le bien de l'Association, les adhérents du Concours médical et ceux des Syndicats à se joindre à eux.

Nous avons le ferme espoir que M. Lannelongue illustrera sa présidence en donnant satisfaction, dans la mesure de son pouvoir, aux désirs si souvent exprimés par un grand nombre de médecins.

Nous sommes assurés qu'il examinera volontiers et sans parti pris toutes les propositions qui lui seront soumises.

Pour le Concours médical, pour l'Union des Syndicats

Le Directeur, A. Cézilly. — *Le Président*, De Fourmestreaux.

LA SEMAINE MÉDICALE

Epidémie de fièvre typhoïde en 1891 sur les troupes de Landrecies, Maubeuge et Avesnes.

M. *Arnould* (Lille), directeur du service de santé du 1er corps d'armée, a exposé à l'Académie de Médecine l'origine et les développements de cette épidémie, qui, née dans la garnison de Landrecies le 9 janvier, effleura en février, Maubeuge, où les malades de Landrecies furent hospitalisés, et gagna, le 10 mars, les troupes d'Avesnes.

Le 84e régiment d'infanterie, qui a un bataillon à Landrecies et deux à Avesnes, fit presque seul les frais de cette épidémie, pour ce qui concerne l'armée. Il compta 370 entrées de typhoïsants et 35 décès (sur un effectif d'environ 1,300 hommes).

La population civile fut à peine touchée à Landrecies. Mais celle d'Avesnes copia largement la garnison.

M. Arnould recherche le rôle de l'eau dans ces accidents. L'eau de Landrecies est une eau de source sans soupçon. Les soldats, qui ont fourni soixante-trois cas, et les habitants qui en ont eu six, la boivent les uns comme les autres. On l'a fait bouillir pour l'usage des casernes, à partir du 20 janvier, et l'épidémie a duré jusqu'en mars. La garnison de Maubeuge boit trois eaux différentes ; il y a eu des cas parmi les consommateurs de chacune d'elles. La plus suspecte semble être celle de la distribution municipale ; une partie des troupes la partage avec les habitants, qui n'ont pas eu un cas de fièvre typhoïde. A Avesnes, l'eau est très suspecte, quoique de source. C'est l'eau même des rues de la ville qui a glissé dans les interstices des bancs calcaires du rocher en saillie et presque isolé, sur lequel Avesnes est construite. Or, la ville pratique le tout à la rue et les fosses fixes. En outre, le lieu de captage est dans la ville même et à vingt-cinq mètres du bord de l'Helpe, qui déborde quelquefois et pénètre dans les bassins.

Cependant, il n'est pas certain que cette eau ait été le véhicule de l'infection, qu'elle n'avait, du reste, jamais apportée depuis dix ans qu'on la boit.

En effet : 1° l'Helpe n'a débordé qu'une fois, le 31 mars, après le début de l'épidémie ; 2° la caserne, par où elle a commencé, n'a que des fosses mobiles ; 3° la pratique de l'ébullition de l'eau de boisson des troupes, du 26 mars jusqu'en août, n'a produit aucun résultat ; 4° les compagnies ont bu une eau différente pendant qu'elles étaient aux grèves et n'ont pas moins eu la fièvre ty-

phoïde en rentrant; 5° il y a eu, à Avesnes même, des cas chez des personnes qui ne buvaient jamais d'eau municipale ; 6° il y en a eu dans les communes environnantes ; 7° il n'y en a pas eu jusqu'en juin, à la prison civile ; à cette époque, on donna aux détenus de l'eau bouillie, et des condamnés y prirent la fièvre typhoïde en juillet ; 8° de quatre analyses bactériologiques de cette eau, la première, en mars, et la dernière, en octobre, la reconnurent très pure ; les deux autres, en juin et août, y découvrirent, après les manifestations de l'épidémie, le bacille du côlon, jamais le bacille typhique.

En revanche, le rôle de l'homme est manifeste : 1° dans l'importation du mal de Landrecies à Maubeuge et à Avesnes ; 2° dans les atteintes des médecins et de 12 infirmiers (sur 55) de l'hôpital de Maubeuge (où passérent 250 typhiques). Ces infirmiers firent leur fiévre typhoïde en septembre-octobre, alors que pas un homme de la garnison n'y participait ; 3° dans celles des soldats employés à la désinfection ; 4° dans des faits très nets de transports à six localités voisines, quelquefois par des tiers indemnes.

Parmi les circonstances adjuvantes, le confinement atmosphérique et le surmenage ont eu une influence indéniable.

Pour la prophylaxie, l'eau bouillie ayant échoué, on a eu recours à l'isolement, à l'abandon des foyers, à la désinfection des locaux et objets, dont les résultats, quoique tardifs, ne semblent pas douteux.

M. *Collin* qui a eu à s'occuper de l'épidémie de fièvre typhoïde d'Avesnes, dit au contraire n'avoir jamais trouvé, autant que dans cette ville, les conditions favorables à la propagation de la fièvre typhoïde par l'eau de boisson. La prise d'eau qui sert à l'alimentation de la ville est voisine des égouts qui s'y infiltrent certainement ; les crues d'une petite rivière qui avoisine la ville a pour effet de mêler l'eau de cette rivière à l'eau qui sert à la boisson ; à 30 mètres à peine de cette prise d'eau se trouvent les fosses, dites étanches, de la prison ; enfin, tout récemment, auprés de cette même prise d'eau, existait un lavoir que l'on a fort heureusement supprimé à l'heure actuelle.

La seule manière de rendre cette ville salubre, c'est de capter certaines sources assez éloignées de la ville, et autour desquelles il n'existe aucune agglomération humaine de quelque importance.

Sur un cas de néphrite infectieuse puerpérale.

M. *Charpentier* a rapporté récemment à l'Académie une observation de néphrite infectieuse survenue dans l'état puerpéral. La question était de savoir si la néphrite était due à la septicémie puerpérale, ou s'il s'agissait d'une néphrite infectieuse complètement étrangère à cette septicémie.

Pour élucider cette question, M. Charpentier a utilisé les recherches de Semmola recherches desquelles il résulte que par l'injection d'urine de sujets infectés à des animaux, on provoque chez ceux-ci des symptômes comparables à ceux présentés par les malades.

Avant d'expérimenter, il rechercha avec M. Butte, s'il y avait des microbes dans le sang et dans l'urine de la malade, et n'en trouvérent aucun.

C'est alors qu'ils injectèrent à des lapins les urines de la malade et ces urines furent très toxiques, mais les animaux ne présentèrent pas les signes de la septicémie puerpérale.

Ces produits toxiques qui, au début, n'étaient pas accumulés dans l'organisme en quantité suffisante pour provoquer les phénomènes caractéristiques de l'urémie, furent cependant assez abondants pour déterminer des frissons et de l'hyperthermie.

Ces recherches ont conduit M. Charpentier aux conclusions suivantes : tout en admettant que la puerpéralité a joué un certain rôle dans les accidents présentés par sa malade, il est convaincu que ce rôle n'a été qu'accidentel et qu'il s'est trouvé en présence d'accidents causés par les produits toxiques de l'urine.

On peut faire deux hypothèses pour ce qui s'est passé ultérieurement :

1° Une néphrite, quelle qu'en soit la cause, s'étant produite, il y a eu rétention plus abondante qu'antérieurement des produits toxiques d'excrétion, et, partant, phénomènes graves ;

2° Les produits d'excrétion devenus plus abondants ont eux-mêmes irrité le rein au moment de leur élimination et ont été le point de départ de la néphrite.

Quelle que soit l'explication qu'on admette, les accidents morbides ont été produits par une infection due à la rétention des produits d'excrétion et non par la septicémie puerpérale.

Pseudo-narcolepsie hystérique.

M. le docteur *Parmentier* résume de la manière suivante l'étude qu'il vient de publier, dans les *Archives de médecine*, sur la forme narcoleptique de l'attaque de sommeil hystérique.

A côté de la forme commune et de la grande forme léthargique du sommeil hystérique, il en existe une autre qui, par ses analogies avec la maladie du sommeil, mérite le nom de forme narcoleptique. Cette forme est aux précédentes ce que l'attaque est à l'état de mal hystéro-épileptique. Il existe entre elle et la forme commune tous les intermédiaires. Les manifestations nerveuses antérieures et actuelles de nature hystérique (attaques, stigmates), les caractères de la crise de sommeil permettent de la distinguer aisément de l'épilepsie, de la narcolepsie et des « sommeils propres à certaines formes de la névrose hypnotique ». (Charcot.)

L'hydrothérapie dans les fièvres éruptives.

D'après le Dr *Louis Guinon*, l'eau peut être administrée sous forme de bain chaud, de bain tiède, d'affusions froides, de l'enveloppement froid, de lotions froides et de bain froid.

1° Le *bain chaud* s'applique sans inconvénient au début de toutes les fièvres éruptives, particulièrement de la scarlatine et de la variole (au commencement de l'éruption), dans le double but de nettoyer les téguments, de diminuer les sensations pénibles d'ardeur et de tension que donne l'éruption, quand elle se fait sur une peau épaissie et sale.

On peut encore l'appliquer aux enfants du premier âge, à la période d'invasion de la maladie, quand ils sont menacés de convulsions. La température du bain est de 30 à 35°, et dure de dix à quinze minutes et ne demande d'autres précautions qu'un prompt enveloppement dans un drap

chaud qui permet de reporter l'enfant dans son lit et de l'y essuyer quand il est couché.

2° Le *bain tiède*, 25 à 30°, a peu d'indications ; c'est un moyen terme qui permet de préparer le malade et surtout son entourage aux bains froids.

On l'applique alors dans les mêmes circonstances que ce dernier, quand les accidents ont une intensité moyenne (TR. de 40°5, formant plateau, agitation vive, diminution exagérée de la sécrétion urinaire, sécheresse pénible de la peau). Il produit des effets moins énergiques, mais suffisants cependant pour obtenir un calme relatif et la diurèse (Sevestre).

3° L'*affusion froide* est indiquée quand l'hyperthermie est considérable (40 à 41°), avec sécheresse de la peau ; quand en même temps l'adynamie, le délire, la violence de l'agitation font craindre des accidents convulsifs. Cela s'observe particulièrement au début des fièvres éruptives, avant l'éruption ou pendant qu'elle se développe.

On doit la pratiquer suivant les règles exposées par Barthez et Rilliet, Trousseau ; le malade étant porté nu dans une baignoire, on lui jette successivement sur le corps trois ou quatre seaux d'eau froide. Trousseau recommande la température de 20 à 25° ; il convient, pour les enfants, de ne pas donner la première affusion au-dessous de 25° ; pour les adolescents, on peut commencer à 22° pour les adultes à 20 ou 18° ; mais il vaut mieux abaisser progressivement à chaque affusion.

L'opération doit durer un quart de minute à une minute au plus ; on enveloppe ensuite le malade d'un drap et d'une couverture, puis on le recouche sans l'essuyer.

L'affusion abaisse médiocrement la température, mais elle ralentit le pouls, elle produit une détente des manifestation cérébrales, du délire et de l'agitation ; elle favorise la congestion cutanée et l'éruption ; on voit généralement le malade présenter une tendance au sommeil, quelquefois même une véritable dépression que l'on combat par l'alcool donné apres l'affusion (Rilliet et Barthez). Les effets sont éphémères ; aussi faut-il recommencer souvent quatre ou cinq fois ou plus encore par jour.

4° L'*enveloppement froid* n'est applicable qu'aux enfants ; car il exige une mobilité facile du sujet, et un renouvellement fréquent. On enveloppe le malade d'un drap trempé dans l'eau à 12 ou 14° et bien exprimé pendant dix minutes, en ayant soin de le mettre en contact avec toutes les régions du corps, y compris les aisselles et l'espace intercrural ; puis on transporte le malade sur un autre drap préparé d'avance (Reimer). On renouvelle ce changement trois ou quatre fois de suite ; puis, après un repos de deux heures, on recommence.

L'enveloppement est calmant et légèrement antithermique ; quatre et cinq enveloppements successifs produisent des effets comparables à ceux d'un bain de dix minutes, à la température de 20 à 22° (Liebermeister, Winternitz), mais ils ont le grave inconvénient de fatiguer et d'irriter le malade (Reimer).

5° Les *lotions froides* reconnaissent les mêmes indications que les affusions ; c'est un moyen terme. Il est facile à appliquer, beaucoup moins pénible que les autres procédés, au point que parfois le malade les réclame.

On emploie de l'eau à 25° (Trousseau) ou mieux 20 ou 18° ; on passe rapidement sur le corps du malade, en frictionnant assez fort, une éponge ruisselante, successivement en avant et en arrière ; la lotion dure de deux à trois minutes. Les effets sont moins marqués que ceux des affusions, cependant la peau est moins chaude et moite ; le pouls tombe de 180 à 150 chez les enfants, de 140 à 122 ou 115 chez l'adulte ; les accidents cérébraux diminuent d'intensité ; mais ces effets sont courts et il faut recommencer les lotions toutes les deux ou trois heures. Steiner, pour obtenir des résultats plus intenses, recommande de frictionner le corps à l'eau vinaigrée jusqu'à ce qu'il soit rouge et d'envelopper tout le tronc dans un drap froid et les membres inférieurs dans une couverture de laine chaude. Puis on enveloppe le malade d'une couverture.

6° Les *bains froids* constituent la méthode de choix dans l'hyperthermie persistante, avec tendance à l'adynamie, quand il n'existe ni cyanose, ni affaiblissement du pouls ; les complications pulmonaires, congestion et broncho-pneumonie, loin de contre-indiquer leur emploi, sont favorablement influencés par eux.

La durée du bain doit être, quand il s'agit d'un enfant, d'autant plus courte que le malade est plus jeune. En général, pour l'adulte, il faut quinze minutes, car il est démontré (Liebermeister) que la soustraction de calorique du début de l'immersion est accompagnée et suivie d'une production de chaleur qui arrive rapidement à la dépasser ; la température n'est définitivement abaissée que si l'on prolonge encore l'immersion (Liebermann). Il faut renouveler le bain aussitôt que les accidents reparaissent et que la température se relève : toutes les trois heures au plus ; on cesse aussitôt que la maladie reprend son cours normal.

Le bain froid abaisse généralement la température, il aide au développement de l'éruption en provoquant secondairement une congestion cutanée ; on constate presque toujours, quand il agit favorablement, une légère moiteur et de la polyurie.

7° Il faudrait ajouter une autre forme de balnéation : c'est le bain *progressivement refroidi*, applicable aux enfants ; on commence par une température de 30° ou moins ; puis, quand le malade est immergé, on verse rapidement de l'eau froide à quelque distance du corps, en agitant, jusqu'à ce qu'on ait atteint le degré désigné ; il faut arriver rapidement à cette température minima, si l'on tient à obtenir un abaissement de température.

On peut aussi combiner les enveloppements froids (Reimer, Fodor).

Quelle que soit la température pour le bain, il est bon, quand on traite un jeune enfant, de verser peu à peu sur la nuque de l'eau un peu plus froide.

DERMATOLOGIE

Nous pensons rendre un grand service à nos lecteurs en faisant connaître ce remarquable article publié par la *Semaine médicale*. Ils sont bien rares les savants qui peuvent tirer ainsi la moelle de leur science pour en faire bénéficier la pratique. M. *Ernest Besnier* est un de ceux-là.

Traitement des eczémas.

Les lésions tégumentaires, les affections cutanées, les maladies de la peau, que la dermatologie actuelle réunit encore sous le nom commun d' « *eczéma* » sont très nombreuses, et d'une extrême variété. Pour qu'il n'y ait ici aucun malentendu, le lecteur doit se pénétrer, d'abord, de cette notion, que le terme d'eczéma ne représente ni une lésion ni une maladie, mais qu'il est purement générique, c'est-à-dire qu'il désigne un *genre dermatologique* des plus complexes et des plus confus, dont les *espèces*, les *formes* et les *variétés* n'ont designification précise qu'à la condition d'être accompagnées de qualificatifs appropriés: *local* ou *disséminé*, ou *général de cause externe ou de cause interne*, *primitif ou secondaire*, *simple ou composé*, *infantile*, *sénile*, *goutteux*, *diabétique*, *vésiculeux*, *pustuleux*, *suintant*, *sec*, *exfoliant*, *papuleux*, *corné*, *lichénoïde*, *séborrhéique*, *hydrosique*, *acnéique*, *folliculaire*, *pilaire*, *toxidermique*, *palpébral*, *oculaire*, *facial*, *auriculaire*, *bucco-lingual*, *intertrigo*, *vulvaire*, *anal*, *acarien*, *pédiculaire*, *phthiriasique*, *variqueux*, etc., etc., etc.

Il n'est pas moins essentiel d'avertir aussi, à titre préliminaire, le lecteur attentif, que, même pour les spécialistes vieillis dans la pratique, le traitement des eczémas est toujours une besogne difficile et *ingrate*, féconde en déceptions et en mécomptes. C'est une banalité de dire que l'eczéma le mieux précisé et le mieux traité sera, toutes autres choses étant d'ailleurs égales, celui qui aura le plus de chances de guérir bien et vite ; mais c'est une nécessité de savoir, tant cette affection est ondoyante, que l'eczéma le « mieux traité » va quelquefois longtemps fort mal ; et que beaucoup d'eczémas « mal traités » guérissent cependant parfois d'une façon imprévue. Je conseille donc, vivement, à chacun, au début du traitement d'un eczéma quelconque, de ne pas s'engager à fond, d'être très sobre de pronostics, de mesurer toutes ses paroles, et de réserver entièrement son jugement sur la gravité, la durée, les conséquences, les récidives, etc.

Enfin, je demande à ceux de mes confrères qui ont vécu moins longtemps que moi au milieu des eczémateux la permission de leur donner le conseil de n'accepter la responsabilité de leur prescription que si le malade consent à ce qu'il en dirige et qu'il en surveille, lui-même, l'application. Pour l'eczéma, comme pour la plupart des maladies qui se concilient avec une bonne santé apparente, le médecin, mû par une réserve excessive, se laisse trop guider par la parcimonie de son client.

I

Doit-on toujours traiter l'eczéma ?

Je réponds, sans hésiter : non, il ne faut pas toujours traiter un eczéma ; je veux dire, bien entendu, par « traiter » : appliquer une médication capable d'en amener l'extinction le plus tôt possible. Certains eczémas représentent, dans des conditions déterminées, soit une *surface de dérivation ou de révulsion*, soit *un champ émonctorial*; et il y a lieu, alors, de discuter la question de savoir s'il est prudent de les supprimer.

Dans *la première enfance*, cette question doit *toujours* être agitée ; et c'est *toujours* avec *ménagement*, et sous le bénéfice d'une *surveillance effective*, que le médecin doit intervenir. L'état des bronches, du cerveau, du tube digestif, doit être, de sa part, l'objet *simultané* d'une attention constante, et il lui appartient d'avertir les parents de la nécessité de cette surveillance.

Chez les adultes, le *siège* de l'eczéma sur le *cuir chevelu* devra toujours faire rechercher *l'état mental* personnel, ou les conditions héréditaires du malade ; chez les *cérébraux*, la médication devra toujours être *anodine*, *lente*, surveillée, et comprendre la *dérivation et la révulsion* sur le tube digestif.

Réserves semblables, à un autre point de vue, à l'égard des sujets *emphysémateux*, *asthmatiques*, atteints de *dilatation des bronches*, *de tuberculose pulmonaire torpide*, *et dont l'eczéma occupe la région thoracique*. Réserves plus formelles encore, pour les eczémas de toutes sortes et de toutes régions, chez les sujets atteints *d'insuffisance hépatique* ou *rénale* ; de même encore chez les sujets diathésiques, à *alternances morbides*.

Enfin, dans tous les cas *d'eczéma intense*, *ancien*, il sera indispensable, avant de prendre une décision, de faire la revue complète des organes et des fonctions, de se rendre compte des antécédents névropathiques, et, la décision prise, de *surveiller les effets* de la médication adoptée.

II

Quel est le régime qui convient aux eczémateux (aliments, boissons, etc.)?

Chez tous les eczémateux, il est convenable de régler l'alimentation en excluant les gros poissons de mer, les crustacés, le porc, les salaisons, les viandes faisandées, le gibier de poil et le gibier sauvage, les épices, les excitants divers, etc.

Il y a grand avantage à veiller à la bonne tenue des voies digestives (antisepsie intestinale) et à favoriser l'évacuation large et régulière des déchets que doivent éliminer le foie, le rein et le gros intestin.

Chacun sait cela et le met en pratique, au moins dans ce pays ; mais ce que généralement l'on sait moins bien, c'est que les prescriptions relatives au *régime alimentaire* peuvent être simplifiées et adoucies, dans un très grand nombre de cas, et que ce ne doit jamais être systématiquement que les interdictions ont à être formulées : chaque patient a droit à un bénéfice d'inventaire, après lequel seulement pourra être réglé ce qui le concerne en particulier, selon sa qualité d'eczémateux et la qualité de son eczéma.

Un grand nombre d'épidermites de cause externe, que les médecins continuent à décorer du titre d'eczéma, guérissent à merveille par des moyens externes chez les sujets qui n'ont pas de *diathèse d'insuffisance émonctoriale*, et qui ne présentent pas d'*intolérance alimentaire spéciale*. Une enquête directe et particulière peut seule fixer ce point de pratique.

La règle varie, aussi, dans des limites très étendues selon les pays, les races, les catégories sociales, les habitudes antérieures. Si, dans quelques pays étrangers, on est trop négligent des règles diététiques dans le traitement de l'eczéma, il est hors de doute qu'en France les médecins, qui ont adopté une formule systématique pour le traitement diététique de l'eczéma, exagèrent le bien et dépassent la mesure.

III

Y a-t-il une médication générale de l'eczéma et des médicaments antieczémateux proprement dits applicables à tous les cas? Quelles sont les ressources que fournissent les cures d'eaux minérales naturelles, et dans quelle mesure peut-on admettre leur utilité ?

1° Il n'y a pas de traitement général de l'eczéma ; il n'y a jamais que des eczémateux à traiter en particulier, à l'aide des agents médicamenteux les plus variés, non seulement selon l'espèce d'eczéma que chacun a réalisée, et qui a toujours une grande part d'individualité, mais encore selon l'état diathésique propre à chacun, et au prorata des conditions d'organes, de fonctions, d'équilibre nerveux, etc., qu'ils présentent. Celui qui traitera le mieux un eczéma, en général, sera celui qui analysera avec le plus de sollicitude et d'attention la situation propre de chaque malade, et qui saura rectifier son hygiène et rétablir tout ce qui peut être défectueux dans ses organes ou dans ses fonctions ;

2° Toute la série médicamenteuse générale trouve à être utilisée dans les eczémas, particulièrement les alcalins, l'arsenic, le soufre, l'ergotine, le fer, l'huile de morue, etc.

Les *alcalins* conviennent à un grand nombre de cas, et à presque toutes les périodes chez les sujets vigoureux, dans les diathèses urique, congestive, hypersarcique, glycémique, etc.

Les *sulfureux*, un peu oubliés, sont très utiles dans la série étendue des eczémateux jeunes, lymphatiques.

L'*ergotine* trouve son application dans quelques cas d'eczéma variqueux, et dans toutes les formes congestives.

Les *arsenicaux*, l'acide arsénieux en particulier, s'appliquent aux périodes avancées des eczémas chroniques, comme modificateurs de la fonction épithéliale ; mais *chez les sujets qui tolèrent les doses élevées d'arsenic*, cette action peut aussi être utilisée quelquefois, d'une façon très brillante, *même dans les périodes actives*, et dans les eczémas les plus florides.

Malgré les abus qui en sont faits par un grand nombre de médecins, malgré l'absence très ordinaire de l'observation indispensable de la tolérance individuelle, laquelle, seule, limite les doses *utiles*, l'arsenic est l'agent le plus spécialisé, je ne dis pas spécifique, que l'on possède aujourd'hui dans le traitement de l'eczéma. C'est l'agent le plus employé ; mais il est, en général, manié sans discernement et sans le bénéfice qu'une administration plus précise pourrait apporter. Dans beaucoup de cas, la méthode des injections arsenicales hypodermiques peut rendre des services que l'on omet, en général, d'utiliser.

Enfin, l'*huile de morue* convenablement stérilisée ; les *ferrugineux* même, dans certains cas particuliers, peuvent trouver une indication précise chez les anémiques, les lymphatiques, etc.

3° Les *eaux minérales*. — Il n'en est aucune qui puisse réclamer la qualité de curative à proprement parler, à l'égard de l'eczéma *en acte*. Mais il en est quelques-unes qui sont très favorables et directement à la guérison de certains eczémas, et il en est un très grand nombre qui peuvent être utilisées dans le traitement diathésique, ou éventuel, des eczémateux.

Parmi les premières, il faut citer les eaux *arsenicales* de la Bourboule ; *sulfosalines* d'Uriage, *sulfureuses*, etc., de Saint-Gervais, de Barèges, de Cauterets, de Luchon ; *alcalines* de Royat. Parmi les secondes, se rangent Vichy, Pougues, Vals, Salies et Salins, Bagnères-de-Bigorre, Evian, Vittel, Contrexéville, Plombières, Néris, Luxeuil, etc.

C'est dans le plus petit nombre des cas d'eczéma que l'indication d'une eau minérale en particulier s'applique à la cure directe de la lésion eczémateuse. Sur ce point, se manifeste, à nouveau, l'extrême variabilité de l'eczéma pour lequel on peut bien rarement pronostiquer, d'avance, le résultat direct d'une cure hydrominérale, laquelle, *chez un même malade*, réussit une année et échoue une autre.

L'indication dominante d'une cure hydro-minérale appliquée à l'eczéma se tire surtout de son caractère chronique, héréditaire, rebelle, de sa localisation à certaines régions ; et le choix d'une station est déterminé par la composition chimique de l'eau, sa température, les conditions dans lesquelles elle est appliquée, et aussi, je le dis sans hésiter, par l'organisation de son personnel médical. En effet, quand le médecin, guidé par l'étude des caractères entiers de la maladie eczémateuse, fixé surtout par la valeur que peut avoir une eau minérale pour modifier l'état diathésique, héréditaire ou accidentel d'un malade, a fait un choix, il faut encore qu'il soit assuré que ce malade trouvera, là où il l'envoie, une direction véritable. C'est à nos honorables et savants confrères exerçant aux eaux minérales que revient en effet toute la responsabilité de la cure, quand ils ont approuvé la décision du médecin ordinaire. C'est à eux qu'il appartient de préciser les indications entières de la cure et de la vie thermale, et nos stations françaises présentent à cet égard toutes les garanties désirables.

IV

Indications locales des eczémas aigus ou des eczémas chroniques en période irritative, ou accompagnés de dermite provoquée par des applications irritantes, l'état sordide, par des topiques inopportuns, etc., etc.

Après avoir supprimé toutes les causes irritantes venues du dehors, nettoyé antiseptiquement les surfaces malades, placé la partie atteinte dans les conditions convenables : repos fonctionnel, position favorable, élévation des membres, etc. trois modes de pansement préliminaires principaux sont adoptés : *poudres inertes*, *enveloppements humides*, *pansements huileux*. Chacun a son moment d'opportunité, ses localisations de prédilection, ses convenances individuelles, et c'est par *l'essai* de chacun d'eux que l'on arrive, avec un tâtonnement souvent inévitable, à mettre les choses au point. Quelquefois même, c'est dans leur emploi *successif* ou dans leur *alternance* que réside l'action favorable.

a) *Poudres inertes*. — L'amidon, pour les grandes surfaces, est la meilleure poudre à mettre en usage d'abord ; suivant l'intensité du flux eczématique, les surfaces malades sont, en outre, recouvertes de pansements appropriés avec la batiste, la mousseline, le coton, etc. Le lycopode, le sous-nitrate de bismuth, le talc, le dermatol, isolés ou associés, conviennent aux lésions eczématiques partielles.

b) *Enveloppements humides.* — Le plus important réside dans l'application des cataplasmes faits avec la fécule ou la farine de lin déshuilée ; ils doivent avoir été préparés par ébullition, et l'eau de composition peut être additionnée d'acide borique à la dose de 5 à 10 p. 1000. La pâte, convenablement onctueuse, est étendue dans du linge de batiste ou de mousseline fine, en masses *peu épaisses*, et le cataplasme appliqué presque refroidi ; il est ensuite recouvert de toile imperméable FINE, et soigneusement maintenu par un bandage approprié. Aucun moyen de traitement ne rend autant de services que celui-là pendant la période irritative, à la condition de l'appliquer selon les règles que nous indiquons et de renouveler le pansement toutes les trois heures, et au plus toutes les six heures ; aussitôt qu'une odeur aigre s'est développée (et on l'atténue considérablement en ajoutant à l'eau des cataplasmes soit 25 p. 100 d'eau de chaux normale, soit 2 à 5 p. 100 de bicarbonate de soude), le cataplasme doit être changé.

Dans les cas moins intenses, ou à un degré déjà atténué, on peut faire l'enveloppement humide en entourant les parties malades de deux ou trois doubles de batiste ou de mousseline imprégnée d'eau émolliente, décoction de son, d'amidon, etc., additionnées d'acide borique, de bicarbonate de soude, comme ci-dessus, et recouvertes de toiles imperméables *fines* ; mêmes remarques que plus haut pour le renouvellement. On aura soin de *désinfecter* absolument les linges de pansement avant de les appliquer ou de les réappliquer. Les compresses, avant d'être posées, doivent être *étanchées*, bien étalées pour ne pas faire de plis, et, une fois recouvertes de l'imperméable, si le malade a réellement froid ou craint le froid, on met un surtout de flanelle ou de coton.

Enfin, l'enveloppement peut être réalisé plus simplement encore par l'emmaillotement avec les toiles imperméables directement appliquées sur les parties malades, mais à la condition expresse de ne se servir que des toiles imperméables *très fines*, et non de ces toiles grossières, ou de ces lames de caoutchouc épaisses que beaucoup de médecins emploient avec une persistance malheureuse.

Tous ces modes représentent, en réalité, *le bain permanent* ; leur action est très favorable à la fois pour le soulagement du patient, et pour le traitement de la maladie ; malheureusement, beaucoup de médecins en ignorent les détails d'application qu'on ne leur a jamais appris, ou ne prennent pas la peine de la surveiller.

c) *Pansements huileux.* — Dans les cas intenses, graves, quelques malades bénéficient de l'application de compresses imprégnées de liniment oléo-calcaire frais, fait avec une huile convenablement stérilisée, pur ou additionné de faibles quantités de laudanum, de bicarbonate de soude, d'acide borique, etc. ; même enveloppement imperméable, et mêmes pansements que ci-dessus ; mêmes recommandations.

V

Eczémas chroniques, torpides, anciens, eczémas séborrhéiques des variétés communes non irritables ; eczémas lichénoïdes ou lichénifiés ; eczémas ne s'améliorant pas, ou surtout s'aggravant sous l'action des applications ci-dessus ; eczémas limités, pityriasiformes, kératosiques, etc., etc.

Les agents essentiels de la médication locale applicable à ces cas et à ces périodes, sont les *huiles empyreumatiques*, goudron, huile de cade, huile de bouleau ; les *sulfureux*, soufre précipité, ichthyol, thyol ; les *agents réducteurs*, naphtol, pyrogallol, chrysarobine, résorcine, à peu près exactement de la même manière que pour le psoriasis ; et enfin les *cathérétiques*, nitrate d'argent, sulfate de cuivre, chlorure de zinc, etc.

Les huiles empyreumatiques pures ou associées à la glycérine, aux pommades, représentent les moyens d'action les plus anodins et les plus inoffensifs, quand leur application est faite au moment opportun, avec la mesure convenable. — Ici la surveillance du médecin est toujours nécessaire, et son intervention toujours indispensable pour augmenter ou diminuer les doses, étendre ou restreindre la surface d'application. — Les premiers pansements doivent être faits avec toutes les précautions nécessaires.

L'écueil de toutes ces préparations est fourni par leur odeur pénétrante et tenace qui, en dehors du cercle nosocomial, en restreint singulièrement l'application, non moins que la production sous leur action prolongée de folliculites spéciales.

Parmi les *préparations soufrées*, les plus pratiques sont faites avec le soufre précipité impalpable, mélangé à la vaseline, à l'axonge, à la lanoline, associées ou isolées, sur une échelle étendue de 1 à 20 par 100.

Les préparations d'*ichthyol*, pâtes, pommades, vernis, sont d'un effet souvent très remarquable, mais, dans la pratique civile, l'odeur intolérable de ce produit est un obstacle qui en restreint considérablement l'emploi.

Parmi les *agents réducteurs*, l'*acide pyrogallique*, seul ou associé à la résorcine, à l'acide salicylique, à l'ichthyol, quelquefois même à la chrysarobine, à la dose de 1 à 20 % d'excipient, constitue l'agent essentiel de la *médication de vitesse*, de la *médication intensive* de l'eczéma, et produit les plus remarquables résultats dans les formes sèches psoriasiformes, lichénoïdes, cornées, etc. Mais cette médication ne peut être appliquée que sous la surveillance directe et non interrompue du médecin, pour peu que les surfaces eczématiques aient quelque étendue superficielle. Il en est de même des applications de solutions étendues, au 1/100 ou 1/1000 de nitrate d'argent, de chlorure de zinc, de sulfate de cuivre, etc. Dans ces médications nouvelles, et pour manier ces agents énergiques, mais redoutables au point de vue des effets locaux ou de la possibilité d'intoxication, il faut au médecin prudent beaucoup de modération et un peu de tâtonnement. Il faut surtout, je n'hésite pas à le dire, apprendre à manier ces médicaments et ces médications là où on les emploie chaque jour, et avoir pris la peine de voir par lui-même. Pour l'eczéma, comme pour la plupart des maladies de la peau, le traitement local ne peut pas plus s'apprendre dans un livre, ou dans un article de journal, que la pratique de la chirurgie, de l'oculistique ou de toute autre branche de la thérapeutique externe. Aussi longtemps que les médecins ne consentiront pas à apprendre véritable-

ment cette thérapeutique spéciale, dans le traitement des affections cutanées en général, et de l'eczéma en particulier, ils resteront fort dépourvus en présence des nécessités journalières de la pratique.

Dr Ernest Besnier,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Sur une nouvelle variété de trophonévrose caractérisée par des dyschromies et des éruptions lichénoïdes.

M. *Hallopeau* et M. *Larat* ont fait connaître cette nouvelle affection. C'est une dermatose caracrisée par des plaques achromateuses entourées de zones papuleuses et d'une pigmentation exagérée.

Cette dermatose est très vraisemblablement une manifestation cutanée de l'hystérie.

Les papules lichénoïdes peuvent être d'origine tropho-névrotique.

Elles ne sont pas nécessairemeut liées au prurit.

L'électrisation cutanée, sous forme de bains faradiques, paraît être indiquée en pareil cas.

Les nævi.

Les altérations que l'on doit faire rentrer dans le cadre des nævi sont beaucoup plus nombreuses qu'on ne l'a dit jusqu'ici ; la division des nævi en pigmentaires et vasculaires est tout à fait insuffisante ; on doit comprendre parmi les nævi toutes les néoplasies cutanées bénignes d'origine embryonnaire.

Ces néoplasies peuvent n'apparaître en totalité ou en partie que longtemps après la naissance.

L'hyperplasie embryonnaire de chacun des éléments qui entrent dans la constitution de la peau peut donner lieu à autant de variétés de nævi.

Parmi les nævi non encore décrits jusqu'ici, il faut compter les nævi cornés des orifices sudoripares et les nævi pilo-folliculaires.

Parmi les néoplasies considérées jusqu'ici comme distinctes des nævi et qui doivent leur être rattachées, il faut ranger, non seulement, avec Brocq, le molluscum vrai, mais aussi les scléromes sébacées et sudoripares, les hydradénomes, une partie des kératodermies et les lymphangiomes cutanés.

Les nævi peuvent être, comme l'a montré Philippson, disposés en traînées qui correspondent aux limites des territoires nerveux voisins. On peut s'en expliquer alors la production par la superposition des actions tropho-névrotiques appartenant aux rameaux anastomosés.

Les nævi peuvent exceptionnellement suivre une évolution, rétrocéder ou s'étendre ; ils constituent parfois des lieux de moindre résistance et peuvent particulièrement devenir fréquemment le siège d'inflammations eczémateuses ; ils peuvent aussi dégénérer et être le point de départ d'épithéliomes ou de sarcomes.

Leurs formes verruqueuses sont souvent confondues avec des eczémas ; on doit attacher une grande importance, au point de vue de leur diagnostic, à leur disposition en longues traînées linéaires ; elle est caractéristique.

(*Hallopeau*).

Sur un cas d'infection farcino-morveuse chronique terminée par une poussée de morve aiguë,

Par MM. Hallopeau et Janselme.

L'infection farcino-morveuse peut se prolonger pendant six ans ; cette exception à la règle n'est pas absolument rare.

La maladie peut dans son cours rester silencieuse pendant un certain temps ; cette période d'accalmie, que Tardieu croyait être toujours de courte durée, peut atteindre trois années.

On doit penser à cette infection, quand on voit survenir, après une série prolongée d'abcès sous-cutanés ou intra-musculaires, des ulcérations des fosses nasales, de la muqueuse buccale ou du voile du palais et une tuméfaction douloureuse de l'un des sacs lacrymaux coïncidant avec un suintement purulent des narines.

Les abcès farcineux peuvent, après s'être ouverts, se terminer spontanément par la guérison ; mais le fait est rare. En pareil cas, on peut constater, à l'aide d'inoculations, que le pus qu'ils sécrètent perd rapidement sa virulence. Les abcès qui deviennent fistuleux semblent au contraire garder indéfiniment la propriété de transmettre la morve.

Les ulcérations farcineuses se produisent surtout sur les muqueuses buccale et pituitaire ; dans le cas de MM. Hallopeau et Jeanselme elles avaient envahi et détruit les lèvres. Elles avaient succédé à des néoplasies d'aspect inflammatoire, elles ne sont donc pas, comme le pensait Tardieu, nécessairement consécutives à des abcès ; il n'y a pas eu de collections purulentes dans les lèvres de notre malade.

Elles se différencient des ulcérations syphilitiques par leurs bords irréguliers et déchiquetés, fouillés et renversés, leur fond anfractueux d'où émergeut des mamelons jaunâtres, leurs vastes décollements, la vive coloration rouge violet des parties qui les entourent, l'aspect huileux du liquide qu'elles sécrètent, et leur résistance au traitement spécifique. Leur puissance destructive est si considérable qu'elles peuvent aboutir en peu de jours à la disparition complète de la partie atteinte, telle que la lèvre supérieure, et amener une déformation étrange et hideuse.

La poussée aiguë terminale peut avoir pour point de départ la pituitaire ulcérée ; elle se propage par les voies lacrymales, comme le fait l'érysipèle dans les mêmes conditions ; mais certains caractères permettent de la différencier d'une complication erysipélateuse ultime.

Parmi ces signes différentiels, il faut signaler l'absence d'engorgement ganglionnaire, la formation d'eschares profondes avec destruction rapide des tissus et enfin une éruption pustuleuse qui peut rester limitée aux téguments du nez.

Contrairement à la règle, la poussée de morve aiguë, ordinairement fort courte, peut dépasser quarante jours ;

Le pus du jetage et de l'ulcération labiale, le liquide qui suintait du sillon d'élimination de l'eschare nasale, et tout particulièrement le pus de la conjonctive, étaient très virulents ; au contraire, l'urine recueillie au moment de la poussée de morve aiguë et inoculée à des animaux a donné des résultats négatifs ;

Dans toutes les sécrétions virulentes, nous

avons trouvé le bacille spécifique de la morve mêlé à des espèces microbiennes plus ou moins nombreuses.

Dans le pus contenu dans des collections non ouvertes, le bacille était à l'état de pureté ou associé au staphylocoque ;

Les deux moyens pratiques pour arriver rapidement au diagnostic de la morve sont les cultures sur pomme de terre qui prennent en quelques jours une couleur brun rougeâtre caractéristique, et les inoculations dans le péritoine de cobayes qui sont suivies du développement, dans les quarante-huit heures d'une vaginalite caséo-suppurée caractéristique.

Le seul traitement efficace est la cautérisation avec le fer rouge.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Purpura et érythème papulo-noueux au cours d'une amygdalite à streptocoques. Discussion pathogénique (1).

Par MM. P. Le Gendre, médecin des hôpitaux, et Paul Claisse, interne des hôpitaux.

Nous venons d'observer, chez une femme âgée de 33 ans, une amygdalite d'assez longue durée au cours de laquelle se sont succédé plusieurs éruptions de purpura et d'érythème papuleux pour cesser quand l'amygdalite a pris fin. Pendant l'évolution de ces accidents angineux et cutanés, nous avons noté encore au début une fièvre légère, plus tard des arthropathies fugaces, et tout le temps une asthénie très accentuée.

Il est d'évidence clinique que cet ensemble symptomatique constitue un état infectieux dont les divers éléments s'enchaînent, et nous devions demander à la bactériologie quel en était le lien.

Les amygdalites, maladies toujours infectieuses, peuvent être sous la dépendance des microbes les plus divers, et l'aspect objectif ne permet guère, sauf peut-être dans la diphtérie, de présumer dans chaque cas l'agent pathogène (streptocoque, staphylocoques, pneumocoque).

Dans notre observation la lésion amygdalienne a été d'apparence polymorphe ; au début cryptique, ensuite pultacée et enfin ulcéreuse. Pourtant les microbes qui paraissent en avoir été les principaux, sinon les seuls fauteurs, étaient des streptocoques.

D'autre part, l'étude des purpuras infectieux a démontré depuis quelques années que le purpura pouvait être dû à divers microbes : le streptocoque, les staphylocoques, le pneumocoque, comme l'a prouvé l'un de nous (2), et enfin à d'autres espèces bactériennes que certains auteurs considèrent comme propres au purpura. — On a regardé généralement ces taches de purpura comme le résultat d'embolies septiques, et on s'est efforcé de déterminer le siège primitif des colonies d'où sont partis les microbes pour produire la lésion cutanée.

En ce qui concerne les rapports de l'angine et du purpura, H. Rehner (1) a publié en 1884 un cas de purpura infectieux à point de départ pharyngé, et dans lequel les agents pathogènes étaient des staphylocoques.

D'un autre côté, C. Bœck (2) a rapporté trois observations destinées à mettre en relief les relations qui unissent certaines angines, notamment les angines folliculaires, avec des manifestations cutanées et articulaires. Dans un cas, un érythème multiforme s'est montré au 11e jour d'une angine. Dans un autre, c'est un mois après le début de l'angine qu'apparaissent des manifestations articulaires et du purpura, et entre ces deux épisodes pathologiques, le malade était resté dans un état de dépression profonde. Dans une troisième observation, il s'agit d'une angine qui s'est développée entre deux poussées d'érythème polymorphe. L'auteur, qui qualifie ce purpura de « rheumatica », après s'être demandé si les diverses manifestations morbides ne seraient pas sous la dépendance d'un état infectieux, paraît plus enclin à expliquer les rapports entre les déterminations cutanées et angineuses par des réflexes vaso-moteurs. Nous ne discuterons pas cette interprétation peu satisfaisante.

Observation. — La nommée M..., âgée de 33 ans, entrée le 3 décembre 1891 à la Charité, dans le service de M. le Professeur Brouardel, suppléé par M. le Dr Le Gendre.

Le 25 novembre a débuté une angine assez douloureuse surtout dans les mouvements de déglutition ; en même temps existaient un malaise général, de l'anorexie et quelques vagues douleurs articulaires, notamment dans les genoux et les cou-de-pied.

Trois jours après apparaissent sur la face interne des cuisses, et sur le ventre au-dessous de l'ombilic, de nombreuses taches de purpura.

La malade est examinée le 4 décembre. Elle n'offre aucun antécédent pathologique important. Elle n'a notamment pas eu de manifestations rhumatismales articulaires, ni musculaires avant l'affection actuelle.

Elle est très pâle et très faible. Les mouvements de déglutition sont toujours l'occasion de vives douleurs. Le voile du palais est rouge comme la muqueuse pharyngée. Les amygdales sont assez volumineuses, surtout la gauche, à laquelle correspond une légère adénopathie de l'angle de la mâchoire. De quelques cryptes amygdaliennes émergent des magmas grisâtres dont plusieurs sont assez faciles à détacher et qui sont séparés les uns des autres par la muqueuse rouge.

Sur le corps on voit des taches purpuriques siégeant à la face interne des cuisses et à l'abdomen au-dessous de l'ombilic. Ces taches arrondies ou ovalaires sont de dimensions inégales, de 2 à 8 millimètres de diamètre. Leur coloration indique qu'elles ne sont pas toutes de même date ; les unes sont d'un rouge violacé intense, d'autres sont plus pâles et de coloration moins franche.

Le genou droit est encore un peu douloureux, mais il n'existe à ce niveau ni œdème, ni rougeur, ni chaleur : il s'agit probablement d'une simple arthralgie.

La malade se plaint de céphalée et d'inappétence. Elle est constipée depuis plusieurs jours. Sa langue est couverte d'un enduit saburral épais.

Les urines ne contiennent pas d'albumine, et pas de sang.

(1) Communication à la Société médicale des Hôpitaux le 8 janvier 1892.

(2) Paul Claisse. Note sur un cas de purpura à pneumocoque. (*Archives de médecine expérimentale*, 1891.)

(1) H. Rehner. (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm.*, Bd. XIX, p. 415.)

(2) C. Bœck. (*Viertel jahrb. f. Derm. u. Syph.* p. 481, 1883.)

Le rythme du cœur est normal, et ses bruits convenablement frappés.

Rien d'anormal dans l'appareil respiratoire.

Température le soir, 38°4.

Traitement : sulfate de magnésie 20 grammes. Gargarismes au borax.

5 décembre, — L'aspect des amygdales a peu changé.

On remarque quelques nouvelles taches purpuriques. De plus il est survenu quelques plaques d'érythème papuleux, légèrement saillantes et dures, un peu douloureuses à la pression. Ces plaques siègent à la face interne du genou droit.

7 décembre. — Les taches purpuriques disparaissent, mais on note l'apparition de nouvelles plaques érythémateuses à la face antérieure des avant-bras, près du poignet.

A la face interne des tibias on en voit quelques-unes qui, par leur volume et leur dureté, se rapprochent de l'érythème noueux.

L'amygdalite a diminué à droite. Par contre, il y a à gauche une apparence différente de celle du début : au lieu de petits amas cryptiques, il existe une seule plaque d'exsudat grisâtre verticale, de 1 cm. 1/2 de haut, à contours assez réguliers, d'aspect pultacé, mais s'enlevant moins facilement que les exsudats antérieurs, pour découvrir une surface rouge vif. Gargarisme phéniqué à 1/100.

8 décembre. —Pas de nouvelle manifestation cutanée. L'exsudat de l'amygdale gauche s'est reproduit en s'élargissant légèrement.

9 décembre. — L'amygdalite a revêtu l'apparence ulcéreuse. L'haleine est assez fétide. On provoque un suintement sanglant en détachant l'exsudat et une perte de substance allongée verticalement apparaît au-dessous.

La fièvre légère du début n'existe plus.

Dans les quatre jours qui suivent, on note encore l'apparition de quelques plaques érythémateuses. L'amygdalite est absolument stationnaire. Il existe toujours une plaque d'exsudat grisâtre qui se reproduit rapidement, malgré les badigeonnages au sublimé, au jus de citron, à l'acide phénique. La malade paraît anémiée et assez déprimée. Toujours le même état saburral.

14 décembre. — On touche à plusieurs reprises la plaque et l'ulcération sous-jacente avec un pinceau chargé de teinture d'iode.

15 décembre. —L'exsudat ne s'est pas reproduit ; il ne reste qu'une plaque rouge qui disparaît rapidement les jours suivants après deux nouveaux attouchements de teinture d'iode.

On voit aussi pâlir et disparaître les dernières taches purpuriques et érythémateuses.

L'appétit revient, et, le 20 décembre, la santé paraît complètement rétablie.

Nous avons pratiqué l'examen bactériologique de l'exsudat amygdalien. Pour ce qui est des taches purpuriques, la malade s'étant refusée à la biopsie, nous avons dû nous contenter d'examiner le sang obtenu par scarification de ces taches.

Sur les lamelles préparées avec l'exsudat de l'amygdale, on trouve plusieurs variétés microbiennes, parmi lesquelles un grand nombre de streptocoques. Après avoir presque complètement vidé une crypte amygdalienne au moyen d'une tige flambée, nous touchons le fond avec une aiguille de platine qui sert alors à ensemencer un bouillon. Au bout de deux jours ce bouillon s'est troublé et contient une culture presque pure de streptocoques. Il existe en outre, mais en très petit nombre, des bacilles de deux variétés que nous n'avons pas déterminées.

Pour obtenir du sang au niveau de la tache, nous procédons à un lavage prolongé de la peau successivement au savon, au sublimé, à l'alcool absolu et à l'éther. La peau est ensuite recouverte et protégée par une feuille de papier stérilisée. Avec un scarificateur flambé on fait un quadrillage assez profond formé d'incisions très rapprochées, et on obtient ainsi quelques gouttes de sang qui sont recueillies dans une pipette stérilisée. Une partie du sang sert à ensemencer des tubes d'agar et de gélatine, et un ballon de bouillon ; l'autre, délayée dans un peu d'eau stérilisée, est injectée dans la veine de l'oreille d'un lapin. Le reste est monté sur lamelles.

Ces manœuvres ont été répétées deux fois, à deux jours d'intervalle, le 6 et le 8 décembre, sur des taches de purpura d'apparition récente.

Le résultat a toujours été négatif. Tous les milieux de culture sont restés stériles. Le lapin n'a présenté aucun accident, et sur les lamelles nous n'avons pas trouvé de microbes.

Faut-il donc en conclure à l'absence de microbes dans la tache purpurique ? Cette conclusion ne s'impose pas. En effet, dans notre cas de purpura à pneumocoque, les mêmes recherches étaient restées négatives et c'est seulement sur les coupes de la peau que nous avons pu retrouver les microbes encastrés dans un caillot fibrineux, dans la cavité d'un vaisseau.

Il n'est pas interdit de supposer que les microbes qui ont produit la tache purpurique, étant retenus dans le vaisseau au milieu d'une masse solide ne peuvent qu'exceptionnellement être entraînés par le sang prélevé à ce niveau.

Mais, en supposant même qu'il n'y ait pas de microbes dans la tache purpurique, on peut, croyons-nous, dans l'état actuel de nos connaissances en pathogénie microbienne, expliquer par un autre mécanisme le rapport que nous impose la logique clinique entre l'amygdalite et les manifestations cutanées. Ce mécanisme est l'intoxication par les poisons solubles, par les toxines microbiennes, soit qu'elles agissent directement sur la composition du sang, soit qu'elles influencent les vaso-moteurs.

Dans un cas de purpura où il avait trouvé un bacille qu'il considéra comme pathogène (les cultures provoquaient le purpura chez le lapin), Letzerich invoqua comme mécanisme de la production des extravasations sanguines une action chimique exercée sur l'albumine du sang.

Plus récemment Charrin et Ruffer nous ont prouvé expérimentalement que les injections intra-veineuses et sous-cutanées des produits solubles du bacille pyocyanique peuvent provoquer des hémorrhagies.

Ces faits permettent de penser que les accidents hémorrhagiques qui surviennent au cours des infections, notamment le purpura, peuvent être expliqués par l'action des produits solubles quand ils ne le sont pas par les autres mécanismes antérieurement connus.

Dans quelque sens qu'on veuille trancher ce problème de pathogénie, ces faits sont encore assez peu nombreux pour qu'il nous ait paru utile d'établir la relation clinique entre les manifestations angineuses à streptocoques et des altérations cutanées congestives et hémorrhagiques.

CORRESPONDANCE

Gravité des manifestations broncho-pulmonaires de la grippe.

Monsieur et très honoré Confrère,

Je rencontre depuis quelque temps, dans ma pratique courante, des faits vraiment surprenants d'infection grippale. J'ai eu à soigner, comme tous mes confrères, depuis deux ans, un nombre incalculable de cas d'influenza dont les manifestations multiformes ont été en général bénignes, malgré des complications variées du côté des organes respiratoires ; congestions, hémoptysies, broncho-pneumonies, etc. Aussi étais-je à peu près rassuré sur les suites, du moins *quoad vitam*, des accidents produits par ce génie protéiforme.

Or voici que depuis quelques semaines je me heurte presque quotidiennement à des manifestations nouvelles et d'une gravité exceptionnelle. C'est surtout dans le domaine des pneumonies et broncho-pneumonies que ce changement s'est opéré. J'exerce depuis quinze ans la médecine au milieu d'une robuste population de paysans montagnards, où la pneumonie est commune en hiver et au printemps, et où la guérison, dans l'âge moyen, est à peu près la règle. Or, depuis quelques semaines, c'est l'inverse qui a lieu, et tous les traitements, du moins tous ceux mis en œuvre jusqu'à présent, échouent presqu'invariablement.

Voici comment les choses se passent, à quelques variantes près :

Un homme robuste et vigoureux la veille, est pris, en pleine santé, d'un léger frisson qui n'a l'air de rien, qui éveille à peine l'attention. Puis sans douleur, sans point de côté, sans gêne respiratoire, il expectore quelques crachats rouillés ou sanguinolents. A l'examen on découvre avec peine un léger point de matité ou de submatité, à peine un peu de souffle et de bronchophonie limitée. Partout ailleurs, la respiration est normale, l'auscultation négative. Mais ce qui frappe l'attention, à côté de cette lésion locale insignifiante, c'est l'état d'anéantissement, de résolution complète où se trouve le malade. Toute sa physionomie exprime l'abattement, la lassitude profonde, sans stupeur, le découragement, toutes facultés conservées. « Docteur, je suis perdu, je sens que je n'en reviendrai pas », vous balbutient-ils. Et en effet, ils sont inertes, comme sidérés. On a pu les soutenir à grand'peine pour permettre l'auscultation, et, dès qu'on les abandonne, ils s'affaissent épuisés. Quelques-uns ont des mictions ou des selles involontaires. J'en ai vu qui, dix heures après le début du mal, avaient une paralysie des lèvres et de la langue ou des muscles du pharynx avec impossibilité d'articuler une parole, ou d'effectuer les mouvements de déglutition. En même temps le pouls est mou, petit, sans être très rapide. Il y a peu ou pas de céphalalgie, la soif est modérée, la langue humide, la température moyenne (39 à 40°). N'était cet état de prostration où le malade se trouve plongé, cette parésie, analogue à celle qui résulterait d'une violente commotion cérébrale, on serait tenté de porter un pronostic rassurant. On aurait tort; car la vitalité, profondément atteinte par l'empoisonnement microbien, ne se relève pas quoi qu'on fasse; et, à la seconde ou à la troisième visite, quelques heures ou deux jours au plus après la première entrevue, le malade a succombé, la plupart du temps brusquement et sans agonie.

Un malade que je viens de voir, qui m'avait très bien et très intelligemment répondu, qui paraissait même être sorti de sa stupeur antérieure, est mort subitement pendant qu'un commissionnaire allait se procurer les médicaments prescrits à la pharmacie voisine ; il a succombé après de violents frissons analogues aux décharges de l'infection purulente. Ces jours derniers un jeune homme qui avait traversé assez heureusement les différentes périodes de sa pneumonie, quoique dans un état d'adynamie assez prononcé est pris, au 10e jour, d'une syncope que rien ne faisait prévoir et meurt, etc...

D^r X.
de T. (S. et L.)

BULLETIN DES SYNDICATS

Election du Président de l'Association générale.

Un certain nombre de confrères nous ont fait l'honneur de nous écrire, pour nous demander conseil au sujet de l'élection du Président de l'Association générale, qui doit avoir lieu le 4 février prochain. La situation est à nos yeux aussi nette que possible. L'Association générale, fondée il y a trente ans, et dirigée toujours par des confrères aussi illustres que dévoués, a donné des résultats admirables, et que nous apprécions plus que personne.

Avec une cotisation infime (12 francs), elle est arrivée à aliéner le capital nécessaire à la création de près de cent pensions viagères, de 600 fr. chacune. Il était impossible de faire mieux, et l'émotion qu'a causée la mort de notre regretté maître, Henri Roger, s'explique par le bien que lui et ses collaborateurs avaient fait.

Mais depuis 1860 les esprits ont marché, et si ceux de nos maîtres et de nos anciens qui ont été les fondateurs de l'Association générale, ont provoqué à l'époque un véritable mouvement d'enthousiasme qui s'est traduit par la création de nombreuses sociétés locales et par leur adhésion à l'Association générale, les générations médicales suivantes ont commencé à trouver que des pensions de six cents francs accordées à ceux que la misère absolue avait atteints, étaient bien peu de chose.

Ces pensions, dit-on maintenant de toutes parts, si excellentes qu'elles soient, sont œuvre de charité, et l'on veut plus et mieux.

Demandez aux médecins qui voudront y consentir, non plus une cotisation de 12 fr., mais une de 60 fr., et (les chiffres sont là qui l'affirment) vous pourrez leur donner pendant plusieurs mois, chaque année, une indemnité journalière de dix francs en cas de maladie.

Cette question est à l'ordre du jour depuis plusieurs années déjà, et l'Association générale, qui avait tout d'abord répondu par un *non possumus* formel, semble aujourd'hui fléchir quelque peu.

Son bureau propose à nos suffrages M. le Professeur *Lannelongue*. Un choix meilleur ne saurait être fait. La plus grande partie des médecins syndiqués sont également membres de l'Association générale ; nous les prions de se rendre tous à la convocation de leur société locale.

M. Lannelongue, nommé par un nombre considérable de suffrages, puisera dans ce fait même un surcroît d'autorité.

Il verra aussi que les syndicats sont loin d'être ce que quelques-uns semblent vouloir penser, les adversaires de l'Association générale, et que leur seul désir est de voir des améliorations se produire, améliorations souhaitées par l'immense majorité des confrères, aussi bien de Paris que de la province.

Nous ne voulons pas, nous médecins, être les seuls à piétiner sur place. C'est en matière d'assistance et surtout de prévoyance que le mieux n'a jamais été l'ennemi du bien.

Votons donc tous, et en grand nombre, le 4 févricr, pour M. le professeur Lannelongue ; ce sera pour nous la meilleure façon de lui demander de s'associer à nos désirs.

Le président de l'Union,
Dr de FOURMESTRAUX.

Syndicat médical de la Marne
(SECTION D'EPERNAY)

Procès-verbal de la séance du 25 *octobre* 1891

Le Syndicat d'Epernay s'est réuni le 25 octobre, à l'hôtel de ville, sur convocation individuelle portant mention de l'ordre du jour ci-annexé.

Etaient présents : MM. Choquart, Cossin, Dunaud, Evrard, Godard, Jacquinot, Jannin, Leclère, Laydeker, Moret, Mollin, Mangin, Pellot, Pierrot, Soyeux et Verron.

Excusés : MM. Limasset, Oudiné, Péchadre.

MM. Choquart (de Pleurs) et Cossin (d'Airze), sont admis comme membres du Syndicat.

M. Calvet a quitté la région. M. Damideaux déclarant ne plus exercer la médocine, quitte le Syndicat.

Le procés-verbal de la précédente séance, comprenant la revision des statuts, est adopté.

Le Président, Dr Pellot, expose les démarches faites auprès des conseillers généraux pour appuyer le vote de la loi Chevandier ; la lettre suivante a été adressée par le Bureau du Syndicat aux 6 médecins faisant partie du Conseil général de la Marne :

« Monsieur et trés honoré Confrère,

« Dans votre prochaine session vous êtes appelé « par la Commission sénatoriale chargée de l'é- « tude de la loi sur l'exercice de la médecine vo- « tée par la Chambre des députés, à donner vo- « tre avis sur l'opportunité de la suppression de « l'officiat de santé. Le Bureau du Syndicat médi- « cal de la Marne, section d'Epernay, dans sa « réunion de ce jour, a décidé d'intervenir au- « près de vous, pour vous prier d'appuyer de vo- « tre vote l'adoption pure et simple du projet de « loi Chevandier.

« Confiant dans la sollicitude que vous apportez « aux intérêts de la profession, nous avons l'hon- « neur de vous exprimer les sentiments de gra- « titude du Syndicat médical de la Marne, et « vous prions d'agréer nos respectueux sentiments.

« Les membres du bureau :

« (PELLOT, DUNAUD, MORET, JANNIN, EVRARD.)

Le Conseil général *a voté la suppression de l'officiat de santé.*

Le Dr Dunaud, au nom de la Commission d'assistance publique, expose les trois systémes en présence :

1° Médecine cantonale avec nominations faites par le préfet.

2° Circonscriptions analogues à celles de la surveillance des enfants en nourrice ;

3° Liberté pour les malades de choisir leur médecin avec conditions spéciales adoptées par le Conseil général.

Le Syndicat se prononce en faveur de ce dernier système et décide des démarches en ce sens auprès des pouvoirs publics.

La Commission de médecine légale ne présentant point de rapport, le Dr Dunaud demande l'application pure et simple de la circulaire Thévenet, mais proteste contre la réquisition pour flagrant délit lorsque le médecin peut, de ce fait, redouter une infection septique pour les malades de sa clientèle.

Le Dr Laydeker rappelle vivement un cas de réquisition pour flagrant délit où le magistrat instructeur, sans attendre l'arrivée du médecin requis, a tranché de sa propre autorité la question médico-légale.

Le Syndicat adopte à l'unanimité le texte de la proposition du Dr Dunaud ainsi conçu : « Tout, en reconnaissant l'obligation du concours des médecins pour les cas de flagrant délit, le Syndicat d'Epernay proteste contre les procédés de coercition énoncés dans l'amendement de M. Georges Groncart. »

L'insuffisance des honoraires en justice est un fait acquis que le Syndicat ne discute pas ; il charge son président d'adresser une lettre au procureur général lui demandant quelle suite a été donnée à la circulaire du ministre de la justice, invitant les procureurs généraux à s'entendre avec les syndicats et Associations de médecins.

Le Procureur général a fait transmettre au Président du Syndicat la réponse suivante : « qu'un projet de loi, ayant pour but de modifier les frais d'expertise médicale, étant soumis à la chancellerie, il n'y a pas, pour le moment, de réponse à donner à la demande posée par le président du Syndicat. »

La commission des tarifs propose l'établissement d'un minimum pour les visites sur place : le minimum adopté est de deux francs.

Le Dr Verron réclame la mise à l'ordre du jour des prochaines séances de la question des Sociétés de secours mutuels, question de la plus haute importance ; sa motion est appuyée par le Dr Laydeker qui envisage la supplantation possible des médecins existants par un médecin appelé spécialement du dehors.

La Commission est invitée à apporter des bases aux décisions du Syndicat.

Le tarif minimum de dix francs est adopté pour les visites de nuit ; ce minimum ne peut qu'exceptionnellement être abaissé à 5 fr.

Les visites d'urgence, celles du matin avant l'heure habituelle de sortie du médecin, celles exigées à l'heure des consultations de cabinet, celles du soir, doivent être taxées au double des visites ordinaires ; et rien ne doit faire déroger les médecins de ce principe.

Les visites et consultations surérogatoires, c'est-à-dire demandées par un ou plusieurs clients en supplément de celle pour laquelle le médecin a été appelé dans une maison, doivent être taxées au prix minimum de deux francs chacun. Les Drs Laydeker et Dunaud opinent même pour que le médecin, appelé dans une localité en dehors de sa résidence, demande en pareil cas le prix intégral d'une visite à chaque client. Il est certain que les campagnards, cherchant à tirer profit ou économie de tout, sont très enclins à abuser du médecin de cette façon ; mais le Syndicat ne peut se prononcer que pour le tarif minimum.

Pour les visites faites à la campagne, le méde-

cin doit demander un franc par kilomètre de distance en plus du prix ordinaire de visite.

Les visites faites à plus de 2 kilomètres de la résidence ne doivent pas être taxées à moins de cinq francs.

Quand il y a transport en dehors de la résidence, le Dr Dunaud estime que le médecin doit réclamer de chaque malade qui le consulte, le prix intégral ordinaire de la localité ; c'est la mesure adoptée par les médecins de la Mayenne. Le Dr Verron estime que, sans rien abaisser des tarifs minimum, il convient de graduer le prix demandé en raison de la gravité de la maladie.

Le Syndicat décide de continuer, dans la prochaine séance, la discussion des tarifs, et vote, avant de se séparer, l'adhésion à l'Union des Syndicats.

La prochaine réunion aura lieu en mars 1892.

Le secrétaire-trésorier

EVRARD.

REPORTAGE MÉDICAL

M. Charles *Chardin*, le distingué électricien, vient d'être nommé *officier de l'instruction publique*.

— Les médecins de *Tilsitt* se sont mis en *grève* ; ils se sont concertés pour refuser une place de *médecin de l'hôpital* que le bourgmestre avait eu la singulière idée de mettre aux enchères, au rabais, par la voie des journaux. On nous demande notre avis à ce sujet et nous répondons, sans aucune hésitation, que le médecin a le droit strict, légitime de se mettre en grève contre plus forts que lui, s'il n'a pas ce droit contre de plus faibles, c'est-à-dire contre des malheureux qui resteraient sans soins dans certains cas. Mais s'il assure ses soins à ceux qui ne peuvent le rétribuer, en vertu de quel principe de morale ne pourrait-il se concerter avec ses confrères pour amener une légitime rémunération de son temps et de sa science, lorsqu'il a en face de lui des gens ligués pour exploiter les appétits de praticiens besoigneux et le priver ainsi de ses moyens d'existence !

Société de protection des victimes du devoir médical. — Nous prions instamment ceux de nos lecteurs d'Algérie qui le pourraient de vouloir bien nous renseigner sur le fait divers suivant que nous lisons dans un journal politique, afin que la Société de protection puisse intervenir en faveur de la famille de notre malheureux confrère :

« M. Théophile Barrière, médecin de colonisation à Saint-Cloud, près d'Oran, vient de mourir victime de son dévouement.

Il avait pratiqué, il y a quelques jours, avec succès, la trachéotomie sur un enfant diphtéritique. Pendant l'opération, un jet de sang avait inondé le visage du médecin. Mais, appelé d'urgence auprès d'un autre malade, le docteur Barrière avait négligé de prendre sur-le-champ les précautions qu'eût nécessitées l'accident, et ce fut ainsi qu'il contracta les germes de la diphtérie. Le terrible mal fit de rapides progrès ; un confrère du docteur Barrière pratiqua en vain l'opération, et la mort survint dans la nuit du 17 janvier. »

— Le Docteur Auvard recommencera son cours de gynécologie, 15, rue Malebranche, à sa clinique privée, le mardi 2 février, à 1 heure, et le continuera les jeudis, samedis et mardis, à la même heure.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de MM. DEVILLE, de Romans (Drôme) ; DOUAT, de Sarragachies (Gers) ; LEFÈVRE, de Tours (Indre-et-Loire) ;

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

3678. M. DELINEAU, de Paris, présenté par M. le Dr Bilhaut, de Paris ;

3679. M. COLLOT, au Pallay (Loire-Inférieure), présenté par M. le Dr Guyon, de Coulommiers ;

3680. M. MOLLIN, de Port-à-Binson (Marne), membre du syndicat d'Epernay.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Guide pratique des Sciences médicales, publié sous la direction du Dr Letulle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des Hôpitaux, encyclopédie de poche pour le praticien. Ouvrage in-18 de 1,500 pages, cartonné à l'anglaise. — Prix : 12 francs.

AVIS. — En 1892 il ne paraîtra qu'un supplément au Guide pratique de 1891. Les praticiens qui désirent se procurer 1891 doivent se hâter; il ne reste plus que quelques exemplaires.

Guide pratique d'accouchement, conduite à tenir pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couche, par le Dr Bureau, professeur agrégé d'accouchement. Bel in-8 de 420 pages, avec figures. Prix : 6 francs.

Le Dr Bureau a su réunir en un manuel portatif l'exposé critique des meilleures méthodes de traitement usitées en obstétrique et, pour présenter la thérapeutique la plus rationnelle, il a rappelé brièvement, à propos de chaque cas particulier, les principaux caractères cliniques. Les médecins qui font des accouchements, les sages-femmes, les étudiants trouveront exposées dans le *Guide pratique d'accouchement* les notions pratiques indispensables pour diriger leur conduite dans tous les accouchements, simples ou compliqués. Un nombre suffisant de figures accompagne le texte.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année — N° 5 — 30 Janvier 1892

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Le microbe de l'influenza

A la séance du 7 janvier de la Société des médecins de la Charité de Berlin, MM. *Pfeiffer*, chef de la section scientifique de l'Institut pour l'étude des maladies infectieuses, gendre de Koch, et *Canon*, assistant de M. P. Guttmann à l'hôpital Moabit, ont communiqué leurs recherches sur le bacille de l'influenza. Ils pensent avoir, chacun de leur côté, trouvé ce bacille.

M. Pfeiffer a constaté le bacille dans les crachats des malades atteints d'influenza ; c'est un très petit microbe, le plus petit qu'on connaisse : sa longueur n'est pas le tiers ou la moitié de celle du bacille de la septicémie des souris. A ses extrémités, il se colore (par le bleu de méthylène à chaud) souvent plus qu'au centre, de sorte qu'il simule alors l'aspect d'un diplocoque. Le bacille de l'influenza se laisse très bien cultiver sur l'agar glycériné. Ses cultures ont la forme de gouttelettes claires extrêmement petites.

Comme M. Pfeiffer a constaté la présence de ce bacille dans tous les cas d'influenza (34) qu'il a examinés et comme, d'autre part, il n'a jamais pu le retrouver chez les malades atteints d'autres affections que la grippe, il en conclut qu'il s'agit là véritablement du microbe pathogène spécifique de l'influenza.

Les expériences d'inoculation entreprises par M. Pfeiffer avec le microbe qu'il a découvert ne sont pas encore terminées. Elles lui ont permis cependant de conclure que, si beaucoup d'animaux se montrent réfractaires à ces inoculations, on obtient cependant des résultats positifs chez quelques-uns d'entre eux, comme par exemple chez le singe et le lapin.

Quant à M. Canon, il a pu constater dans l'influenza, chez 17 malades sur 20, la présence dans le sang d'un bacille extrêmement court et qui, lorsqu'il est faiblement coloré, peut être pris pour un diplocoque. Ce microbe ne se trouve que pendant la période fébrile de la maladie ; il disparaît du sang lorsque la fièvre cesse.

Jusqu'à présent M. Canon n'a pas réussi à obtenir des cultures pures de ce bacille qu'il considère, lui aussi, comme le microbe spécifique de l'influenza.

M. Kitasoto a réussi à utiliser jusqu'à la 5e génération les bacilles de Pfeiffer sur l'agar glycériné.

« D'après Pfeiffer, la contagion se fait vraisem-
« blablement par l'expectoration chargée des ger-
« mes pathogènes de la maladie, et on doit, par
« conséquent, au point de vue prophylactique,
« veiller instamment à la stérilisation des crachats
« des malades atteints d'influenza. »

Gangrène des membres inférieurs au cours d'une broncho-pneumonie grippale.

M. *Rendu* a relaté, à la Société des Hôpitaux, l'observation d'une femme de 30 ans, atteinte de broncho-pneumonie grippale à rechutes. Elle était dans un tel état de collapsus cardiaque qu'elle paraissait n'avoir pas deux heures de vie. Sous l'influence d'injections d'éther et de caféine, il se produisit comme une résurrection momentanée. Mais elle se plaignit bientôt de douleurs vives dans les membres inférieurs. En les examinant, on trouva, sur les mollets et sur la partie interne des tibias, des taches nombreuses, d'aspect purpurique, avec un certain degré d'œdème. Bientôt cette femme succomba au développement d'une gangrène en ces points. Dans son expectoration, il y avait, et en grande quantité, des pneumocoques.

L'autopsie montra que le poumon était atteint de lésions banales de broncho-pneumonie, en voie de résolution. Mais ce sont surtout les résultats de l'examen du système vasculaire qui méritent d'être relevés.

En dehors d'un caillot, puriforme au centre, siégeant dans le ventricule gauche, on trouva dans l'aorte un énorme caillot fibrineux, qui commençait à deux centimètres environ au-des-

sus du point où cette artère donne naissance aux iliaques primitives, se prolongeait, du côté gauche, dans l'iliaque primitive, dans l'iliaque externe et même dans la fémorale. Dans tous les points, il adhérait aux parois. En outre, l'artère rénale gauche était complètement oblitérée par un thrombus. Aussi le rein, de ce côté, était-il transformé en totalité en un infarctus jaunâtre. Il n'existait pas de pneumocoques dans les caillots artériels, mais des cultures pures et abondantes de ce microbe furent fournies par un caillot de la veine fémorale gauche.

Les artères, examinées avec soin au niveau des coagula, étaient tout à fait normales. M. Rendu en conclut que les coagulations intravasculaires qui se produisent dans les maladies infectieuses ne s'expliquent pas toujours par une endartérite ; dans des cas comme celui-ci, la coagulation peut être le résultat de modifications survenues d'emblée dans le sang circulant.

Erythème noueux palustre.

M. *Moncorvo* (de Rio-de-Janeiro) a rappelé à l'Académie de médecine qu'au nombre des déterminations si variées que provoque le paludisme, dont le protéisme est notoire et redoutable, il y a lieu d'ajouter l'érythème noueux qu'il a observé chez les jeunes sujets.

Cette poussée érythémateuse est, presque sans exception, précédée de l'apparition d'un ou de plusieurs accès de fièvre palustre, dont elle suit de près l'évolution, en s'atténuant ou en s'aggravant d'après la souche du cycle thermométrique.

Cette efflorescence revêt, dans tous les cas, les caractères morphologiques de l'érythème noueux, qui survient dans le cours d'autres affections telles que le rhumatisme, etc.

Cet érythème semble constituer l'apanage de l'enfance, car sur un stock de 26 cas, les seuls jusqu'ici recueillis, on ne rencontre que des enfants de 3 mois à 11 ans, et c'est à peine si, une seule fois, l'érythème, quoique ayant débuté à l'âge de 8 ans, s'était reproduit jusqu'à celui de 17 ans.

Dans tous les cas observés jusqu'ici, l'emploi de la quinine s'est montré d'une efficacité notoire en amenant la répression immédiate des accidents cutanés et, à la suite, leur complète disparition.

Influence des bains de mer et de l'atmosphère marine sur la tuberculose cérébrale chez les enfants.

M. *Dubrisay* a rapporté à la Société de médecine pratique trois observations de méningites tuberculeuses, rapidement mortelles, développées sous l'influence d'un véritable coup de fouet donné à l'affection tuberculeuse latente par les effets congestionnants des bains de mer et de l'atmosphère maritime. Il en déduit les conclusions suivantes :

« Les rachitiques, les scrofuleux, les anémiques, les tuberculeux osseux, quand la période aiguë est terminée, doivent à peu près tous être envoyés à la mer, et le nombre en sera grand. Mais les arthritiques, les cardiaques, les albuminuriques, et, par-dessus tout, les nerveux et tous ceux qui, à un titre quelconque, méritent l'épithète de cérébraux, doivent en être éloignés. Rien de plus ordinaire que de voir sur les bords de la mer de jeunes enfants devenir grognons, irritables, perdre l'appétit et surtout le sommeil. Les ramener à l'intérieur des terres suffit pour faire disparaître les accidents. Mais, s'ils sont sous le coup d'une tuberculose latente et jusque-là méconnue, la diathèse peut éclater, et, en quelques semaines, ils succombent.

Ecthyma de la verge simulant un chancre syphilitique chez un enfant de 15 mois. — Valeur de l'excision du chancre syphilitique.

M. *Feulard* a présenté à la Société de dermatologie un enfant de 15 mois, dont les parents sont actuellement atteints d'accidents syphilitiques secondaires. L'enfant porte sur le fourreau de la verge une exulcération allongée transversalement, mesurant environ 1 centimètre de long, recouverte d'une croûtelle jaunâtre, reposant sur une base élevée et nettement indurée. Dans l'aine droite, on trouve un ganglion du volume d'une petite noisette et un chapelet de petits ganglions. Il ne s'agit pas d'un chancre syphilitique, parce que l'affection date actuellement de 50 jours, ce qui est trop long pour un chancre syphilitique, et parce qu'elle coexiste avec des éléments ecthymateux développés sur d'autres points du corps et reposant sur une base indurée ; mais il s'agit ici d'une lésion ayant à un haut degré le caractère syphiloïde.

M. *Fournier* insiste sur l'importance de ce fait ; il prouve que des lésions banales peuvent présenter tous les caractères objectifs du chancre infectant. Celui-ci ne peut être reconnu avec certitude que par son évolution et au moyen des confrontations. Les faits d'ulcérations chancriformes consécutives à la gale ne sont pas absolument rares et sont souvent l'occasion d'erreurs de diagnostic.

La difficulté du diagnostic du chancre syphilitique rend bien peu démonstratifs, au point de vue de la valeur thérapeutique de cette opération, les faits d'excision du chancre syphilitique, car le diagnostic ne repose que sur les caractères objectifs et on peut toujours se demander s'il n'y a pas eu erreur.

M. *Ernest Besnier* ajoute que la phthiriase peut être l'origine d'ulcérations de la verge absolument chancriformes ; il vient d'en observer un cas des plus remarquables. Les signes objectifs du chancre étant très trompeurs, il serait très important de savoir si l'examen histologique peut fournir des caractères diagnostiques absolus.

M. *Darier*, malheureusement, dit qu'il n'y a pas de caractère histologique absolu et constant permettant de faire le diagnostic entre un chancre syphilitique et certaines lésions chancriformes indurées.

M. *Verchère* a enlevé récemment une lésion présentant les caractères cliniques du chancre infectant ; il a inoculé un fragment des tissus excisés à une femme atteinte de syphilis secondaire et il ne s'est développé aucune lésion au point d'inoculation, ce qui prouve bien que la lésion n'était pas un chancre simple. Le sujet, qui a subi l'excision, il y a 3 mois, ne présente aucun accident syphilitique.

M. *Fournier* fait quelquefois pratiquer l'excision du chancre syphilitique, afin de ne pas priver ses malades d'une chance de guérison ; mais il n'a aucune confiance dans cette opération, dont on n'a pas cité un seul succès dans un cas de

chancre reconnu syphilitique d'après la durée de son incubation et au moyen de la confrontation.

Un signe de présomption d'anévrysme aortique.

Mac Donnell considère le signe suivant comme important, parce qu'il serait précoce et assez typique :

Le malade étant couché, la bouche fermée, le menton relevé, le cou tendu, on saisit le cartilage cricoïde entre le pouce et l'index. On fait alors le mouvement de refouler le cartilage et, lorsqu'il existe un anévrysme, on perçoit nettement les battements de la tumeur vasculaire, battements transmis par la trachée.

Pour avoir de la valeur, ce signe doit : 1° ne se pas montrer ailleurs que dans les anévrysmes, ce dont l'auteur s'est assuré par un grand nombre de recherches ; 2° être précoce, et, en réalité, il existerait souvent alors que les autres symptômes de l'anévrysme font défaut.

Quels sont les anévrysmes qui donnent lieu à la production de ce symptôme? Nous avons vu la position que doit occuper le malade dans le but de tendre la trachée et de lui permettre de transmettre les pulsations. Il est donc nécessaire que la tumeur soit en rapport avec la partie inférieure de la trachée ou les parties voisines des bronches.

Mais c'est précisément dans cette région de l'aorte contournant la racine de la bronche gauche que les anévrysmes s'observent dans la grande majorité des cas ; aussi n'est-il pas étonnant que le signe de *Mac Donnell* fasse rarement défaut. Dans dix-sept cas il put être constaté au premier examen ; huit de ces malades moururent et, à l'autopsie, on trouva la confirmation du diagnostic. (*Annales de Médecine.*)

Utilité des scarifications du col de l'utérus chez les femmes chlorotiques au point de vue du traitement de la chlorose.

M. *J. Chéron* rappelle que le traitement de la chlorose par les émissions sanguines a été préconisé, dans ces derniers temps, par Schubert, Dyes, Wilhelmi, et par Schultz (de Brême). D'après ces auteurs, cette médication donne des résultats remarquables dans la chlorose pure. La quantité de sang à tirer de la veine correspond environ à 1 gramme par kilogramme du poids du corps.

Pour justifier ce mode de traitement, qui paraît paradoxal à première vue, on dit que les recherches expérimentales ont démontré que les petites saignées activent l'hématopoïèse, si bien que, peu de jours après l'émission sanguine, le sang est riche en globules rouges et en hémoglobine.

M. J. Chéron, qui faisait des scarifications du col chez les femmes chlorotiques, dans le but surtout d'améliorer une affection utérine plus ou moins ancienne, a souvent vu que, en dépit des craintes des malades, l'état général bénéficiait de ces petites émissions sanguines autant que l'état local. Dans bien des cas, l'analyse du sang au compte-globules et à l'hématimètre, faite avant le début et pendant le cours du traitement, lui a prouvé l'amélioration progressive de la chlorose, à la suite de chaque scarification.

Chez les chlorotiques, la congestion utérine est chose habituelle, si bien qu'il est très facile, chez elles, d'obtenir 40 à 60 grammes de sang par une scarification du col.

Ainsi les scarifications du col ne peuvent être que très utiles aux femmes chlorotiques, et, au point de vue pratique, on comprend qu'il est bien plus simple de faire une scarification du museau de tanche que de recourir à la saignée, opération sans aucune gravité évidemment, mais devenue trop exceptionnelle pour être facilement acceptée des malades.

Naturellement la scarification du col doit être faite avec les précautions antiseptiques d'usage : elle ne présente pas alors le moindre danger.

Sur l'évolution de l'érosion hémorrhagique de l'estomac (érosion de Cruveilhier).

M. *A. Pilliet* a poursuivi des recherches intéressantes sur ce point de pathologie très discuté :

a) Le début de ces érosions est assez constamment le même. Sur une muqueuse dont toutes les villosités sont infiltrées de cellules rondes, dont les capillaires superficiels sont dilatés, il se fait de véritables farcissements du tissu villeux par des épanchements sanguins, provenant des capillaires. Les villosités se heurtent, se soudent entre elles, et les glandes deviennent de moins en moins distinctes dans la masse. Cet état gagne en profondeur et s'arrête en général au niveau du point où les cellules bordantes commencent à apparaître dans les glandes. C'est donc à ce point que se limitera l'eschare résultant de l'action du suc gastrique sur le composé de cellules rondes et de globules rouges qui s'est superposé au tissu normal. L'eschare, une fois produite, peut former un bourbillon où les éléments se retrouvent encore bien peu distincts, ou bien une plaque noire et sèche, comme c'est le cas dans les érosions expérimentales du lapin.

b) Après l'élimination de l'eschare il reste donc, au pourtour, les villosités enflammées du voisinage ; on trouve dans leurs capillaires les plus voisins de la perte de substance, le sang coagulé sous la forme de blocs jaunâtres, et, au fond, les glandes réduites à leurs culs-de-sac. La charpente conjonctive est tombée avec le corps des glandes, et le suintement sanguin qui colore l'érosion en rouge est fourni par les capillaires ouverts. Il n'existe pas à ce moment d'infiltration embryonnaire de la charpente connective qui fait le fond de l'ulcère ; l'examen d'un estomac d'éclamptique, dans lequel le bourbillon est encore en place sur un certain nombre d'érosions, permet d'être affirmatif à cet égard.

c) L'érosion à ce stade peut se réparer ; elle prend une figure étoilée et se comble peu à peu par l'allongement progressif et simultané de la charpente interglandulaire et des culs-de-sac restés en place. On voit alors ces culs-de-sac se pelotonner et se remplir en grande partie de cellules cylindriques à mucus au lieu des cellules principales qu'ils contiennent normalement. Cette érosion, ainsi guérie, se trouve sur les estomacs qui ne contiennent qu'un petit nombre d'érosions en activité.

d) Mais ce que l'on voit le plus souvent, c'est l'infiltration embryonnaire des parois et du fond de l'ulcère. Les glandes peuvent alors être dissociées par la prolifération conjonctive, puis disparaître à peu près totalement. La dépression s'élar-

git alors, sa base se sclérose et l'on constate simultanément une diminution de hauteur de la muqueuse gastrique, avec cirrhose plus ou moins prononcée autour des groupes de glandules; on sait, en effet, que chaque tube glandulaire, au lieu de s'ouvrir directement sur la muqueuse, se trouve groupé avec un certain nombre d'autres tubes autour d'une embouchure commune. Les cellules gastriques sont alors atrophiées dans le tissu scléreux ou se transforment en cellules à mucus dans les pseudo-acini qui se forment aux dépens des glandes restantes. L'érosion gastrique est alors couleur de suie par l'action du suc gastrique sur les capillaires du tissu de bourgeons charnus qui la circonscrit.

e) Enfin, dans des formes plus chroniques, le tissu embryonnaire diminue à son tour et l'érosion n'est plus alors qu'une dépression assez large, sur une muqueuse plate, dépression dont le fond est anesthésié par du tissu scléreux. C'est une espèce de cicatrisation par le tissu fibreux, comparable à celle que l'on peut observer dans l'ulcère rond. Mais, même à ce stade, l'excision est soumise à l'action du suc gastrique, qui peut ouvrir les vaisseaux du tissu scléreux et produire soit des hémorrhagies veineuses, soit de petits anévrysmes miliaires fissurés de l'estomac.

f) Les lésions de gastrite qui accompagnent l'érosion ne sont pas les mêmes pour chacune de ces variétés. En général, avec l'érosion récente on constate l'infiltration de villosités, ou, tout au moins, leur allongement, d'où résulte l'accroissement de la surface de sécrétion du mucus. Avec les érosions anciennes, à fond bourgeonnant, c'est surtout l'atrophie des glandes et la sclérose gastrique que l'on observe.

Pseudo-épilepsie vermineuse.

M. A. *Martha* a publié un travail dans les *Archives générales de médecine* sur les attaques épileptiformes, dues à la présence du tænia :

Les accidents épileptiformes, frappant les individus atteints de tænia, surviennent chez un très petit nombre de malades, et on en trouve peu d'observations dans la science. Ces attaques de pseudo-épilepsie présentent quelques caractères qui les différencient de l'épilepsie idiopathique ; elles ne frappent pas le malade avec cette brusquerie caractéristique qu'on observe dans le mal caduc véritable. Le malade a le temps de prendre des précautions, de se jeter sur un lit, de demander du secours, etc. ; si bien que les chutes graves et les blessures sont très exceptionnelles. La durée des périodes convulsive et comateuse est plus longue que dans l'épilepsie idiopathique. Ces attaques ont une certaine tendance à revêtir la forme périodique et reviennent chez le même individu tous les mois à époque fixe, tous les ans à la même saison, etc. Enfin, à l'inverse de ce qu'on observe dans l'épilepsie véritable, il peut se passer de très longues périodes entre deux attaques (deux ou trois années).

L'homme semble plus fréquemment atteint que la femme, et les antécédents nerveux héréditaires ou personnels ne jouent aucun rôle dans ces manifestations convulsives. La prédominance des mouvements d'un côté du corps n'existe pas d'une façon aussi régulière que dans le haut-mal. Quant au cri initial, à la morsure de la langue, à l'écume de la bouche, etc., ces signes se retrouvent et font défaut, et ne sont d'aucun secours pour le diagnostic.

La disparition du tænia fait cesser les attaques épileptiformes. Mais souvent cette disparition n'est pas concomitante et complète ; le malade peut encore avoir une attaque les jours suivants, crise généralement moins forte que les précédentes. Plusieurs malades ont été suivis pendant des mois et des années (dix ans) après la cessation des attaques et l'évacuation du tænia, et les crises épileptiformes ne se sont pas reproduites.

De la calcification gypseuse des ganglions lymphatiques (adéno-gypsose ou maladie des stucateurs).

M. *Albert Robin* a lu dans l'avant dernière séance de l'Académie un mémoire fort neuf sur ce point d'hygiène professionnelle. Les particules minérales très finement divisées peuvent franchir l'épithélium pulmonaire et les muqueuses intestinales sans les altérer au passage et incruster les ganglions lymphatiques voisins.

A côté des pneumoconioses classiques, il faut en placer une nouvelle, non encore décrite, qui frapperait les ouvriers stucateurs et à laquelle M. Robin propose de donner le nom d'adéno-gypsose ou maladie des stucateurs.

L'incrustation gypseuse n'est pas localisée aux ganglions du médiastin, elle s'étend aux ganglions axillaires et aux ganglions mésentériques. L'absorption du plâtre a lieu aussi bien dans les poumons que dans l'intestin.

L'expression clinique de cette affection se compose de deux éléments : ce sont d'abord les symptômes qui dépendent simultanément de la présence dans l'abdomen et dans le médiastin des ganglions calcifiés que traduisent les compressions périphériques, les réactions inflammatoires, les migrations, etc., puis ceux qui sont sous la dépendance des troubles apportés dans l'absorption digestive et dans le départ des produits de désassimilation de l'appareil broncho-pulmonaire ou de l'appareil intestinal.

Si d'autres observations viennent confirmer la réalité de cette maladie professionnelle et nous éclairent sur sa fréquence ainsi que sur les conditions réelles qui président à son développement, il n'est pas douteux qu'une hygiène industrielle bien entendue ne puisse lui opposer des moyens prophylactiques.

Cette affection permet d'étudier les troubles fonctionnels qui surviennent dans les organes à la suite des altérations primitives des ganglions correspondants et des troubles de la circulation lymphatique.

M. *Ollivier* s'est demandé si, chez le malade observé par M. Robin et qui a servi de base à son travail, il ne s'agissait pas d'une tuberculose guérie et calcifiée.

Suivant M. *Albert Robin*, dans les cas de tuberculose guérie, on en trouve au moins des traces à l'autopsie ; or, chez son malade, il n'y en avait aucune. Dans les observations que M. Robin a pu compulser, on n'a jamais signalé l'existence de sulfate de chaux dans les ganglions, tandis que, dans son cas, il y en avait des quantités considérables.

Dans la séance du 26 janvier, M. *Colin* (d'Alfort) a fait savoir qu'il se rangeait à l'opinion de M. Robin ; il admet d'après ce qu'il a vu chez les animaux : 1° qu'il y a des calcifications ganglion-

naires et vasculaires tout à fait étrangères à la tuberculose ; 2° que ces calcifications sont souvent, sinon toujours, le résultat de l'apport direct de matières salines d'origine extérieure ; 3° que ces lésions, sur les animaux comme sur l'homme, peuvent être attribuées à l'introduction dans les voies aériennes ou digestives de grandes quantités de produits carbonatés ou gypseux.

Oblitération de la veine cave supérieure.

M. *J. Comby* a fait connaître à la Société des hôpitaux l'observation d'un homme de 36 ans, pris, il y a 18 mois, de crises douloureuses, consistant en un sentiment de constriction précordiale, et en battements de cœur. Ces crises revenaient deux ou trois fois par jour sans cause occasionnelle appréciable. Depuis quinze mois, le malade a remarqué sur le devant de sa poitrine des dilatations veineuses, sous forme de marbrures bleuâtres. Depuis trois mois il est pris d'épistaxis, de céphalée, de cyanose de la face, de dyspnée, surtout lorsqu'il se baisse.

Actuellement, le visage est turgescent et la face gonflée. Des cordons durs se voient au niveau des jugulaires. La paroi antérieure du thorax, très épaisse, très dure et comme pachydermique, est remarquable par la présence de lacis veineux, bleuâtres, formant des étoiles irrégulières, disséminées en avant, sur les côtés et en bas au niveau des attaches du diaphragme. Ces varicosités ne se propagent pas à l'abdomen. Pas de trouble de la phonation, pas d'inégalité pupillaire ; les viscères paraissent sains.

A la base du cœur, au niveau du 2e espace intercostal droit, existe un souffle systolique assez rude, qui se propage vers la clavicule et qui indique une lésion de l'aorte.

En résumé, cet homme, dont les antécédents pathologiques à retenir sont : une fièvre typhoïde, une pneumonie, la syphilis et l'alcoolisme, est atteint depuis dix-huit mois d'une oblitération de la veine cave supérieure. La plus grande incertitude règne sur la cause de cette oblitération. Le traitement antisyphilitique n'a donné aucun résultat et, d'autre part, l'âge du malade et son état général éliminent le cancer. La tuberculose doit également être éliminée.

Oulmont, dans un remarquable mémoire, publié en 1885, a esquissé l'histoire de ces oblitérations de la veine cave supérieure, dont le rapprochement avec le cas actuel peut être instructif.

M. *Rendu* pense que chez le malade de M. Comby la cause de compression de la veine cave supérieure peut être un anévrysme de l'aorte.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Le curetage de l'utérus.

I

A diverses reprises, quelques membres du *Concours* ont demandé une revue d'ensemble sur ce sujet : l'occasion d'en parler m'est aujourd'hui fournie par l'un d'eux, le Dr Berlin (de Nice), qui vient d'étudier dans une monographie (1), remplie de détails pratiques, cette importante question de traitement gynécologique. Bien que nous ayons analysé dans ce journal, au fur et à mesure qu'ils paraissaient, les différents travaux faits sur ce sujet, en particulier ceux de Doléris, reprenons l'étude du curetage au point de vue du *manuel opératoire*, des *résultats* qu'il donne, de ses *indications* et de ses *contre-indications*.

(1) Du curetage de l'utérus (Sa technique et sa valeur). Paris, 1892, O. Doin, édit.

II

Le manuel opératoire comprend : 1° les soins préliminaires ; 2° l'opération proprement dite ; 3° les soins consécutifs.

1° *Soins préliminaires*. Lorsque le curetage est pratiqué pour des accidents de métrite chronique ou subaiguë, il est toujours utile, souvent nécessaire, de faire précéder cette opération de la dilatation préalable de la cavité utérine à l'aide de tiges de laminaire. Ces tiges, outre qu'elles facilitent l'opération, amènent du côté de l'utérus et en particulier du col, une sorte de ramollissement très favorable à la guérison de l'endométrite ; de plus, elles agissent localement en aseptisant la cavité utérine et en étalant toutes les anfractuosités de la muqueuse. Il est nécessaire que ces tiges soient *préparées* avec grand soin, et elles peuvent l'être par l'opérateur lui-même. On choisit une ou deux douzaines de tiges, de diamètres variés, généralement de 3 à 8 millimètres de diamètre, telles qu'on les trouve dans le commerce ; les mains étant aseptisées, on prend une de ces tiges, à surface lisse, ayant la forme d'un cylindre arrondi aux deux bouts, on enlève le fil de soie dont elle est pourvue et qui ne présente généralement ni la solidité, ni l'asepsie désirables. « Avec un fragment de verre tranchant, lavé d'abord au sublimé, on racle légèrement toute la surface de la tige ; on la frotte ensuite avec un linge un peu mince imbibé de solution de sublimé à 1/100 ; j'adapte à la tige un fil de soie tressée plate, dont la solidité m'est connue et qui a été stérilisée au préalable par l'ébullition dans le sublimé ; enfin j'introduis la laminaire et son fil dans un flacon à large ouverture, rempli d'éther iodoformé, où elle séjourne jusqu'au moment de servir ».

Ces précautions, pour être minutieuses, n'en sont pas moins excellentes ; combien y a-t-il à l'heure actuelle de pharmaciens, rompus à la pratique de l'antisepsie, qui soient capables de faire cette simple préparation avec toute la sécurité voulue ? Il ne faut donc point, lorsqu'on veut pratiquer une dilatation, se contenter d'écrire sur une ordonnance : tiges de laminaire n° tant à mettre dans un flacon à large tubulure contenant de l'éther iodoformé. Je pourrais rapporter une observation où la femme, à la suite d'une simple dilatation sans curetage, fut prise d'accidents suppuratifs graves, à point de départ utérin ; la seule explication plausible de cette complication consiste dans la mauvaise préparation des tiges par un pharmacien.

Les tiges de laminaire doivent-elles être pleines ou creusées d'un canal central occupant toute leur longueur (Doléris) ? L'avantage des tiges creuses est d'assurer le drainage de l'utérus pendant la dilatation, et, en même temps, de pouvoir mieux se mouler sur la cavité utérine et d'être moins rigides lorsqu'elles sont chassées hors de la cavité utérine.

L'éther iodoformé est préparé en ajoutant de l'iodoforme à l'éther sulfurique dans la propor-

tion de 1/10 environ ; pour éviter l'action décomposante de la *lumière* sur l'iodoforme, il est bon de se servir de flacons en verre jaune et de renouveler de temps en temps l'éther iodoformé. Il est préférable d'avoir ainsi préparées à l'avance un certain nombre de tiges de laminaire, afin qu'elles aient tout le temps de s'imprégner d'iodoforme ; elles s'assouplissent sans se gonfler.

Lorsqu'on n'a pas à sa disposition une provision de tiges ainsi préparées, il faut attendre au moins qu'elles baignent depuis 8 heures dans l'éther iodoformé avant de s'en servir.

On ne doit procéder à la dilatation préalable, qu'après désinfection du vagin ; sans doute, si la femme est soumise depuis un certain temps à la balnéation vaginale antiseptique, on peut se contenter d'un lavage soigneux du vagin avec une solution de sublimé à 1/2000 ou à 1/4000, puis d'un essuyage du col et des culs-de-sac vaginaux avec un tampon d'ouate imbibé de cette solution antiseptique ; mais, dans la majorité des cas, il est bon de faire suivre ce lavage d'un pansement avec de l'iodoforme et de la gaze iodoformée, pansement qu'on retire au bout de 48 heures, au moment où on introduit la première tige de laminaire. Dans certains cas même de vaginite ancienne, la désinfection préalable du vagin doit durer pendant 4, 5 et 6 jours.

Avant d'introduire une tige de laminaire, il faut se rendre compte du chemin qu'elle va parcourir à l'aide de l'*hystéromètre* ; cet instrument, soigneusement aseptisé, est introduit soit à l'aide du spéculum, soit avec l'index et le médius comme guides. Lorsqu'à l'aide de l'hystérométrie, on s'est rendu compte de la profondeur, de la direction de la cavité utérine, on introduit un spéculum qui permet un écartement assez considérable des parois du vagin. On saisit une tige de laminaire à l'aide d'une longue pince à pansement et après l'avoir légèrement enduite de vaseline antiseptique, on la fait pénétrer doucement, sans force, dans la cavité utérine ; dans certains cas, où le col est élevé et où l'utérus est dévié, on éprouve une certaine difficulté à faire pencher cette tige qui bute contre la paroi utérine ; il suffit de saisir le col avec une pince tire-balle, de le fixer et de l'abaisser. On est surpris de voir avec quelle facilité pénètre alors la tige de laminaire, dont l'extrémité inférieure doit seulement apparaître au niveau de l'orifice externe du col.

Il faut empêcher l'issue de cette tige en faisant en arrière du col et sous le col un tamponnement avec la gaze iodoformée ; ce tamponnement qu'on complète jusqu'à l'orifice vulvaire doit être suffisant pour maintenir la tige de laminaire dans l'utérus sans cependant gêner le fonctionnement de la vessie et du rectum.

Il est préférable que la femme, à partir de ce moment, garde le repos à peu près complet au lit, ou tout au moins sur une chaise longue.

La tige de laminaire doit être laissée en place pendant 24 heures environ ; elle détermine, au bout d'un temps variable, des coliques utérines plus ou moins intenses, qu'il est quelquefois nécessaire de calmer à l'aide du laudanum ou du chloral. Chez certaines femmes, ces douleurs sont très peu marquées. Chez d'autres, elles persistent tant que dure la dilatation de la tige, pour disparaître ou diminuer lorsque celle-ci a acquis la grosseur qu'elle peut atteindre.

Pour enlever la tige de laminaire, on fait remettre la femme en travers du lit ; on retire les tampons vaginaux ; puis, avec les doigts, on tire sur le fil qui est attaché sur la tige : celle-ci vient généralement sans résistance. Elle sort, irrégulière, ayant triplé de volume et recouverte de mucosités sanguinolentes et de débris de muqueuse. Si l'on éprouve de la résistance, il est préférable de se servir du spéculum, de saisir l'extrémité de la tige avec une pince à pansement et de tirer ; on peut faciliter encore l'issue de cette tige en abaissant le col avec une pince. En général la tige sort facilement ; elle n'a même que trop de tendance à sortir si le tamponnement n'est pas suffisamment fait.

Lorsque la tige est extraite, on pratique une irrigation vaginale avec deux litres de solution antiseptique ; une tige d'un diamètre un peu plus grand que la précédente est introduite et maintenue avec les mêmes précautions et suivant le même manuel opératoire que la veille.

Pendant combien de jours faut-il pratiquer cette dilatation ? Jusqu'à ce qu'elle soit suffisante pour qu'on puisse introduire l'index tout entier dans la cavité utérine et explorer celle-ci dans toute son étendue. Le Dr Berlin, qui indique cette règle, pense que deux tiges, appliquées à 24 heures d'intervalle, sont en moyenne suffisantes pour préparer un utérus au curetage. Il n'y a pas de règle fixe à cet égard : si la dilatation n'a d'autre but que de rendre la cavité utérine perméable, 48 heures suffisent et ne sont même pas nécessaires, puisque la dilatation peut être obtenue presque temporairement à l'aide des dilatateurs métalliques ; mais, dans les cas de métrite chronique, avec ou sans déviation, la dilatation progressive, maintenue pendant 5, 6, 7, 8 jours, est très favorable à l'action du curetage et amène des modifications assez importantes du côté de l'utérus.

Dans un certain nombre de cas, cette dilatation préalable à l'aide des tiges de laminaire n'est pas possible en raison de l'urgence de l'intervention : ainsi, pour un curetage dans un cas de septicémie due à la rétention placentaire dans l'avortement, il serait dangereux d'attendre 24 ou 48 heures pour pratiquer la dilatation ; rien n'est d'ailleurs facile en pareil cas comme d'obtenir une dilatation rapide avec les dilatateurs métalliques.

2° *Opération proprement dite.* Pendant les 48 heures que dure la dilatation, on s'occupe du local où se fera l'opération, de la table sur laquelle on opèrera, en un mot, des préparatifs.

On formule l'ordonnance suivante (Berlin) :

1° { Sublimé........... 10 gr.
Alcool à 90°.......... q. s. pour dissoudre.
Eau distillée.......... q. s. pour 200 gr.

F. s. a. une solution, dans un flacon gradué en dix parties égales.

2° Coton hydrophile stérilisé............ 125 gr.
3° Gaze iodoformée à 30 %............ 1 mètre
4° Deux bocaux en verre avec leurs couvercles.
5° Vaseline au sublimé à 1 0/00.......... 20 gr.
6° { Glycérine neutre.......... 15 gr.
Créosote de hêtre.......... 5 gr. à 10 gr.
7° Chloroforme pur pour anesthésie.......... 60 gr. à 100 gr.
7° Une toile cirée neuve.

La veille ou le matin même de l'opération, on lave les deux bocaux avec de l'eau bouillante, puis avec de la liqueur de Van Swieten ; on y dispose des tampons de coton hydrophile et la

gaze iodoformée découpée en une lanière continue. On fait en outre préparer dans des bouteilles en verre bien lavées 4 à 5 litres d'eau filtrée bouillie et on fait maintenir à l'ébullition, pour le moment de l'opération, 4 à 5 litres d'eau filtrée.

Les *instruments* à préparer sont les suivants : un injecteur en tôle émaillée avec tube de caoutchouc et canule en verre, une valve de Sims ou mieux un spéculum qui peut s'écarter suffisamment pour se maintenir seul en place, deux pinces tire-balles, un jeu de bougies d'Hégar ou de bougies métalliques ou un dilatateur de Sims, trois ou quatre curettes de différentes formes, les unes mousses, les autres tranchantes, un ou deux écouvillons, une sonde intra-utérine, deux longues pinces à pansement, un hystéromètre, etc. Tous ces instruments doivent être stérilisés soit à l'étuve, soit par le flambage à l'alcool, soit par l'immersion pendant 10 minutes dans l'eau bouillante phéniquée ; ils doivent être ensuite disposés dans des cuvettes bien propres ou mieux dans des boîtes métalliques qui sont actuellement d'un usage courant dans la pratique chirurgicale.

La femme est purgée au besoin un ou deux jours avant l'opération ; le matin même elle prend un grand lavement glycériné tiède. Il est également bon de lui faire prendre un bain savonneux précédé de la section des poils de la vulve. Elle doit, en outre, rester à jeun le matin de l'opération.

Un aide suffit généralement, celui qui donne le chloroforme ; il est en outre bon que deux personnes tiennent chacune une jambe et maintiennent la femme dans la situation voulue. L'opérateur peut très bien prendre ses instruments, les tampons, etc., à la condition que tout soit disposé à proximité de lui.

Lorsque la femme est anesthésiée, on pratique le cathétérisme vésical, puis, après nettoyage minutieux (savonnage, brossage, lavage) de toute la région vulvaire, on retire le tamponnement vaginal, la tige de laminaire qui est encore dans l'utérus, puis on irrigue le vagin on cherche alors à se rendre compte avec le doigt de la dilatation de l'utérus. Si elle est insuffisante, on la complète avec des dilatateurs métalliques qu'on introduit progressivement et sans jamais forcer. Le col est ensuite saisi et abaissé, autant que possible, auprès de la vulve ; on peut alors pratiquer le curettage sans spéculum, ni valve périnéale. Il nous paraît préférable, en se servant d'un spéculum qu'on peut rendre fixe, de moins abaisser l'utérus et d'opérer dans le vagin.

Avant de commencer le curettage, on introduit le doigt dans la cavité utérine pour se rendre compte de l'état de la muqueuse, des fongosités, des saillies qu'on y peut rencontrer ; puis on procède à l'opération après avoir fait, si l'on veut, une première injection intra-utérine.

D'une main, on tient l'utérus immobile à l'aide de la pince appliquée sur le col ; de l'autre on introduit une curette que l'on pousse doucement jusqu'au fond de l'utérus ; on la promène alors de haut en bas sur la face antérieure de l'utérus, puis sur sa face postérieure, sur les faces latérales, puis sur le fond ; c'est le raclage du fond et des angles de l'utérus qui présente le plus de difficultés. Il est bon de se servir dans ce but d'une petite curette spéciale. Au fur et à mesure que l'on gratte, que l'on racle la muqueuse utérine, il s'échappe par le col des débris de muqueuse, des fongosités et des caillots ; l'hémorrhagie est généralement modérée. Si elle paraît un peu plus abondante que de coutume, on se hâte de compléter et de terminer l'opération. Celle-ci est achevée lorsqu'avec la curette on sent en tous points que le muscle utérin est à nu ; ce qui se traduit par une sensation particulière (cri utérin) : « c'est une sensation à la fois tactile et auditive, comparable à celle que donnerait la curette raclant un gros cordon fibreux. »

On pratique une injection vaginale pour débarrasser le vagin des liquides et des débris et des caillots qui ont été entraînés par la curette ; puis on procède à l'écouvillonnage de l'utérus qui consiste à badigeonner fortement la surface interne de l'utérus avec la solution de glycérine créosotée. On peut se servir dans ce but de l'écouvillon conseillé par Doléris ou recourir à la pratique plus simple de Segond qui enroule autour d'une longue pince une bandelette de gaze iodoformée, l'imprègne de glycérine créosotée, l'introduit dans la cavité utérine, lui imprime plusieurs mouvements de rotation qui mettent la glycérine créosotée en contact avec toute la surface de l'utérus.

Une injection intra-utérine est ensuite pratiquée avec un ou deux litres de solution de sublimé à 1/500 ou d'acide phénique au centième ; lorsqu'on se sert de sublimé, il est bon de terminer le lavage en faisant passer un litre ou deux d'eau bouillie. On irrigue ensuite le vagin. Il est utile de drainer l'utérus en y introduisant une bande mince de gaze iodoformée que l'on porte jusqu'au fond de l'utérus. On complète ce pansement par un tamponnement du vagin avec la gaze iodoformée. La vulve est ensuite lavée avec du sublimé et la malade est remise dans son lit.

Cette opération est tout à fait inoffensive, dans ses résultats immédiats aussi bien qu'éloignés, mais à la condition d'être faite avec toutes les précautions désirables ; ce qui explique le luxe de détail dans lesquels est entré le Dr Berlin qui dit avec beaucoup d'à propos : « Le curettage, entre les mains d'un chirurgien aseptique, est une intervention sans dangers ; mais tout praticien qui, par éducation, par tempérament, par défaut de temps ou par imperfection d'outillage, ne sera pas certain de réaliser avec une stricte rigueur, son asepsie personnelle, celle de ses aides, celle de l'opérée, celle de l'appareil instrumental, fera bien de s'abstenir ; du jour où le curettage perdra son caractère de grande opération pour tomber dans le domaine de la petite chirurgie gynécologique, du jour où tout médecin croira pouvoir le pratiquer au pied levé, on peut s'attendre à des mécomptes et à des accidents ; je parle, bien entendu, des curettages sérieux, des curettages pratiqués à fond et non de ces simulacres de curettages, toilettes sommaires et superficielles de l'entrée du col, qui sont à peu près sans dangers, mais en même temps sans efficacité possible. »

Un dernier mot : faut-il dire et écrire *curettage* (ainsi que le fait M. Berlin) ou bien *curetage*, avec la majorité des auteurs. Je préfère cette dernière orthographe ; elle n'est peut-être pas conforme à l'étymologie, puisqu'on dit *curette* ; il est vrai que *cureter* se dit plus souvent et mieux que *curetter*. Par ce temps de réforme et de simplification de notre orthographe, tenons-nous au mot plus harmonieux de *curetage*.

Peu importe, d'ailleurs, la manière d'écrire le *mot* ; ce qui est autrement grave, c'est de savoir *quand* il faut pratiquer la *chose*, et quels résultats elle peut donner. C'est ce que nous étudierons prochainement. (*A suivre.*)

HYGIÈNE

Hygiène des Crèches.

Un mémoire fort intéressant sur l'hygiène des crèches a été communiqué à la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle, par le Dr Napias, dans la séance du 22 juillet 1891.

Notre éminent confrère appelle l'attention des hygiénistes sur ces œuvres si utiles surtout dans un pays de faible natalité comme le nôtre, œuvres pour lesquelles il reste encore tant à faire au point de vue de la santé et de l'hygiène infantiles.

Les crèches, dit le Dr Napias, sont des établissements destinés à garder et à soigner, pendant les heures de travail de la mère, les enfants trop jeunes pour fréquenter les écoles. Leur place est donc, surtout dans les villes industrielles, le plus près possible des usines ou des manufactures, afin de permettre aux mères l'allaitement de leurs enfants pendant la journée.

C'est en 1844 que M. Firmin Marbeau fonda la première crèche, mais, depuis, son œuvre a prospéré. Il existe aujourd'hui des crèches dans presque tous les pays, en Chine même, où il vient d'en être créé une à Hong-Kong. En France, 141 communes ou villes, y compris Paris et le département de la Seine, sont pourvues de crèches et dans nos colonies des institutions du même ordre florissent également à Alger, à Constantine, à Bône, à la Pointe-à-Pître.

De curieuses statistiques nous révèlent certains points assez intéressants et relatifs au groupement de ce genre d'établissements. Ainsi les départements les moins industriels, et les départements montagneux, où la population est peu agglomérée, ne comptent qu'un petit nombre de crèches. Leur nécessité est donc surtout subordonnée aux besoins de la population ouvrière.

Paris compte à lui seul 46 crèches, mais la répartition en est inégale dans les divers arrondissements, et, bien qu'au total, le nombre des places soit à peu près suffisant, il se trouve des quartiers où les enfants ne peuvent profiter de ce mode ingénieux d'assistance, toujours par suite d'une mauvaise répartition de ces établissements.

Celle-ci s'explique par l'origine même de ces fondations. La plupart, œuvres d'initiative privée, ont été fondées un peu au hasard, au gré des bienfaiteurs. Aussi y aurait-il lieu de se préoccuper de la création de crèches municipales et d'établir ces dernières dans les quartiers où la bienfaisance privée est insuffisante ou mal répartie.

Bientôt, en effet, le nombre actuel de crèches devra s'accroître ; le chiffre de 32 pour 1000 (qui représente celui des enfants fréquentant les crèches) s'élèvera rapidement au fur et à mesure que tomberont les préventions qui existent à l'heure actuelle contre ces établissements, préventions d'ailleurs en partie justifiées par la mauvaise tenue de beaucoup d'entre eux.

Les dispositions défectueuses d'un certain nombre de crèches parisiennes, attirèrent, dès l'année 1877, l'attention de la commission des logements insalubres. M. le Dr Duvivier exprimait, dans un rapport devant la dite commission, le désir de voir les crèches réunir de meilleures conditions de salubrité, d'aération et de propreté.

Le sol des crèches, disait-il, devrait toujours être, non un carreau qui est froid aux pieds de l'enfant, mais un plancher posé sur une aire de bitume. Pour l'exposition de la maison, on doit chercher l'Est ou le Sud, qui sont plus favorables à la salubrité que l'Ouest ou le Nord ; les cours devront être nivelées pour faciliter l'écoulement des eaux pluviales ou ménagères.

Pour se conformer au décret du 28 février 1862, les directeurs des crèches devraient réduire l'effectif des berceaux de chaque chambre, de façon à ce qu'il y ait dans chacune 10 m. cubes d'air au moins par enfant, à moins d'une ventilation compensatrice bien établie. De fréquents lavages des murs et des planchers devraient être exigés afin de supprimer, autant que possible, cette odeur nauséabonde des crèches et des asiles, qui tient surtout aux émanations dont s'imprègnent les murs ou le plancher. De larges et hautes fenêtres percées jusqu'au plafond pourront s'ouvrir dans toute leur hauteur dès que les enfants seront absents, et les salles devront être balayées et nettoyées chaque jour avec le plus grand soin. Les salles devront être ventilées et chauffées au moyen de poêles, et, autant que possible, il faudra faire entrer partout l'air et la lumière.

Les critiques faites à cette époque par la commission des logements insalubres n'ont en rien perdu de leur justesse et de leur valeur. Si nous examinons le fonctionnement des crèches, l'absence de moyens suffisants dans quelques-unes pour assurer la propreté des enfants, la mauvaise entente du régime alimentaire, le défaut de surveillance médicale, etc., nous trouvons le bien fondé de ces critiques, dit le Dr Napias, et nous n'hésitons pas à les étendre à toutes les crèches qu'elles soient laïques ou congréganistes, protestantes ou maçonniques.

L'installation est souvent exiguë, le mode de construction défectueux, non seulement dans d'anciens locaux appropriés tant bien que mal à leur nouvelle destination, mais même dans les crèches construites tout exprès.

Citons cependant quelques modèles intéressants, reproduits par M. Cacheux, dans son remarquable ouvrage sur les logements ouvriers. Qui ne connaît, à Grenoble, la crèche Sainte-Marguerite due à la générosité de M. Guillotin ? qui de nous n'a visité les nourricières et le pouponnet de Guise, la crèche Saint-Pierre, du Gros-Caillou, la crèche laïque du XIe arrondissement, la crèche du Chemin de fer de l'Ouest ?

Ce sont là, malheureusement, de trop rares exceptions, et l'on trouve le plus souvent les crèches situées au 2e ou 3e étage, dans un appartement quelconque, mal éclairé, mal ventilé et mal chauffé. Une crèche parisienne située dans un des plus élégants quartiers a pour unique chauffage un poêle Choubersky.

Toutes ces dispositions fâcheuses tiennent évidemment au caractère particulier du donateur qui, tout naturellement, ne considère sa création que comme une chose personnelle, et paraît tou-

jours peu disposé à se laisser circonvenir par les règles de l'hygiène.

Avec les faibles ressources dont on dispose trop souvent, on veut faire tout le bien possible au risque de le mal faire et l'on ne se dit pas assez que, certaines institutions d'assistance ayant une importance sociale de premier ordre, il faut savoir proportionner de la manière la plus pratique, les fonds dont on dispose au but que l'on veut atteindre. C'est pourquoi les municipalités, les départements et l'Etat lui-même ont à remplir des devoirs de premier ordre, lorsque l'assistance privée n'a été ni assez éclairée, ni assez largement dotée pour le but qu'elle se proposait.

Heureusement, on rencontre là aussi parfois d'heureuses exceptions : ainsi la ville de Rouen vient d'en fournir un exemple. Elle possède à elle seule 4 crèches publiques dans un département qui en compte 7 et qui est un des mieux partagés sous ce rapport. Il y a en outre des crèches privées installées dans plusieurs manufactures.

Dans l'ordre intérieur, l'hygiène manque souvent aussi un peu partout ; c'est d'abord le défaut de propreté. Sans parler des crèches où les gardes plongent deux à deux les enfants dans la même baignoire, il s'en trouve où les lavabos sont inconnus ; d'autres où la même éponge et le même peigne serviront à tous.

Chose pire encore au point de vue de la contamination, certaines crèches ne possèdent que deux cuillères à l'aide desquelles deux femmes distribuent la soupe aux enfants déjà sevrés. Pour les tout petits, c'est le biberon qui règne en maître et généralement le biberon à tube, parce qu'il est plus commode, peu importe ses défauts bien reconnus.

Le lait lui-même est souvent fort mal choisi ; s'il y a des crèches qui font venir leur lait en bouteilles cachetées de telle ferme normande ou bretonne, il y en a d'autres qui se contentent de prendre à la laiterie voisine un lait écrémé déjà coupé d'eau. Ce lait est le plus souvent administré aux enfants sans avoir subi la moindre ébullition. Parfois même on le donne avec parcimonie à cause de son prix élevé dans les grandes villes.

D'ailleurs, le régime appliqué varie beaucoup suivant les crèches : plus ou moins substantiel, il est souvent mal compris.

Il n'y a guère qu'une crèche où l'on ait établi un régime alimentaire rationnel : c'est la *Nursery municipale* de Grenoble, qui est non plus *surveillée*, mais *dirigée* par le Dr Gallois.

Aussi, verrons-nous la mortalité varier dans les crèches, suivant l'application plus ou moins appropriée des lois de la propreté ou de l'alimentation. Dans les crèches bien tenues, la mortalité infantile tombera au minimum. Le Dr Blache l'a suffisamment démontré au Congrès de la Haye, et plusieurs statistiques faites à Rouen, à Lyon, etc., ont corroboré son affirmation. Il n'est pas douteux que, par une sage entente des lois de l'hygiène, on ne puisse diminuer encore cette mortalité même dans les crèches où elle est déjà le moins élevée. Mais il faudrait d'abord que la surveillance médicale fût mieux établie. Certes, ce ne sont pas les médecins qui font défaut pour prêter à ces œuvres le bienveillant concours de leur science, mais généralement on leur refuse l'autorité nécessaire. De plus, il est toujours fâcheux de partager la responsabilité d'un même service, et nous connaissons des crèches visitées par 5, 6 ou 7 médecins. Il vaudrait mieux qu'un seul fût chargé du service et qu'il eût toute latitude pour constater chaque jour si toutes les conditions de désinfection, de propreté et d'alimentation sont exactement remplies.

Le local destiné à l'établissement d'une crèche demande des aménagements spéciaux, pour lesquels on devrait toujours consulter un architecte entendu.

Ce local doit comprendre :

1° Un vestibule ;

2° Deux salles dortoir, une pour les berceaux des tout petits, et une autre pour les lits des plus grands ;

3° Une chambre d'isolement pour les enfants reconnus malades, et que leurs mères tarderaient à venir chercher ;

4° Une salle pour la toilette, avec baignoires, lavabos, etc. ;

5° Une salle d'allaitement pour les mères ;

6° Une cuisine ;

7° Une vaste salle de jeux, dont le sol doit être sec, non poreux et pas dur. Il conviendrait de séparer cette salle en deux parties, afin d'isoler les bébés qui marchent à peine, des enfants qui courent et qui jouent.

8° Une vérandah pour les jeux, à l'air et à couvert, s'ouvrant sur une cour ou un jardin ;

9° Un cabinet d'aisances pouvant contenir à la fois 10 ou 12 enfants ;

10° Un vestiaire, et à côté, une petite étuve ;

11° Une lingerie ;

12° Pour le personnel : un cabinet pour le médecin, un bureau pour l'administration, un logement pour la directrice.

Les dispositions particulières peuvent varier, mais les dispositions générales doivent être invariables : éclairage, aération, chauffage sain et tempéré, cubage de l'air dans les dortoirs, communication entre eux des dortoirs, de la salle de jeux et de la salle de toilette.

Il faudrait aussi, dans une crèche modèle, arriver à faire adopter aux enfants un uniforme qu'ils endosseraient en arrivant et quitteraient en sortant. Leurs vêtements laissés et repris dans un vestiaire où se trouverait une étuve, subiraient pendant le jour la désinfection à l'étuve qui assurerait en partie la destruction des germes nocifs.

Des bains fréquents devraient être donnés aux enfants avec de l'eau à une température convenable ; on pourrait donner aux plus grands les bains par aspersion.

Le mobilier des dortoirs devrait se composer de berceaux montés sur roues et pouvant ainsi être poussés dans la salle de toilette où se feraient les changements de draps et de linge. Chaque berceau muni d'un numéro n'aurait pour rideaux qu'une simple gaze moustiquaire et devrait porter avec lui une planchette qui supporterait une cuvette, un peigne et une éponge munis du même numéro que le berceau et servant exclusivement à l'enfant.

Enfin, le lait et l'eau destinés à l'alimentation des enfants ne devraient jamais être employés avant d'avoir été stérilisés par l'ébullition, et, ce qui serait mieux encore, chaque enfant devrait avoir sa bouteille, numérotée au numéro de son lit, et qui contiendrait seulement le lait destiné à sa consommation propre.

M. le Dr Napias aborde, pour terminer, une autre

question : celle de l'admission dans toutes les crèches des enfants naturels. En effet, ces établissements n'ont d'autre but que de sauver le plus grand nombre d'enfants possible ; il est inhumain de condamner beaucoup de ces petits êtres à un manque absolu de soins et à une mort presque certaine, parce que la mère n'a pu présenter un acte de mariage.

Le Dr Napias voudrait qu'aucune crèche ne fût autorisée sans cette clause inscrite dans ses statuts : « On n'exigera, pour l'admission des enfants, qu'une seule pièce, le certificat de vaccine. »

Ainsi comprise, la crèche pourrait être en même temps une œuvre de bienfaisance morale ; d'abord, en permettant à une directrice entendue d'exercer quelquefois son utile influence même sur les mères ; et aussi, en éloignant, au moins dans l'enfance, les causes de divisions que les pauvres enfants trouveront assez souvent dans le cours de leur vie.

Docteur Morice
(de Néris).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Frais de recouvrement d'honoraires.

Cher Directeur,

Vous seriez bien aimable de me transmettre votre avis sur le fait suivant :

Le nommé X.... meurt d'une maladie pour laquelle je l'ai soigné pendant les quinze derniers jours. Les héritiers font de mauvaises affaires et vendent. Je produis ma note ; refus de la payer. Je confie alors cette affaire à un huissier, et j'attends, persuadé que, ma créance étant privilégiée, je ne tarderai pas à palper mes fonds. Au bout de quelques mois, c'est-à-dire le jour de l'an, je reçus pour mes étrennes la note suivante de l'huissier :

1° Procuration	4.35
2° Représentation payée sur billet d'avis	2
3° Citation	12.35
4° Jugement et billet d'avis	11.70
5° Commandement	16.60
6° Saisie-arrêt	11.45
7° Demande de saisie-arrêt	19.55
8° Contre-demande de saisie-arrêt	13.55
Total	91.55

Je réclamais 165 fr. Tout ce que je sais, c'est d'abord la note à payer, et puis que mes pièces sont entre les mains du syndic chargé de la liquidation, et encore ces derniers détails je les connais d'une façon indirecte, sans que je puisse les affirmer.

Dois-je payer la note de l'huissier ?

Dr D., à S.

Nous vous conseillons de faire taxer la note de l'huissier, après vous être renseigné auprès de votre avoué. Votre cas est encore un exemple mémorable de l'exploitation du public par les gens de justice. Ne payez pas ; laissez-vous assigner devant le juge de paix. Informez-nous de l'issue.

Responsabilité de l'État dans le réglement des visites sanitaires.

Saint-Jean-de-Luz, le 18 janvier 1892.

Monsieur et très honoré Confrère,

Vous avez bien voulu entretenir vos lecteurs dans le n° de votre excellent journal du 2 janvier, du litige pendant entre l'Association des médecins des Pyrénées-Orientales et le Préfet de ce département au sujet des honoraires dus à un certain nombre de médecins de Perpignan, pour les visites sanitaires faites à l'occasion du choléra. Plusieurs médecins des Basses-Pyrénées se sont vu refuser par l'administration et pour les mêmes motifs, le paiement de leurs honoraires. Le dossier de leurs réclamations a été adressé par les soins du secrétaire général de l'Association des Basses-Pyrénées, M. le docteur Delvaille, au bureau de l'Association générale à Paris pour qu'il voulût bien donner son avis et prendre en main la défense de nos intérêts.

Les journaux nous disent que la Cour de Perpignan a admis le déclinatoire d'incompétence du Préfet et que l'affaire a été renvoyée devant la section contentieuse du ministère de l'intérieur. N'est-ce pas devant cette juridiction que l'Association générale devrait poursuivre par son conseil judiciaire la solution de nos justes et légitimes réclamations ?

Comme vous le dites fort bien, qui commande paie ; le gouvernement qui a édicté les visites sanitaires doit payer les médecins qui ont eu à les faire. Les communes se défendent avec raison, et en toute équité ne sont pas tenues à supporter les charges des mesures prescrites en vue d'un intérêt de préservation générale.

J'ose espérer, Monsieur et très honoré Confrère, que vous voudrez bien faire entendre dans ce débat votre voix autorisée, et prendre aussi en main la défense de nos intérêts.

Veuillez agréer, etc.

Dr R. Goyenèche.

BULLETIN DES SYNDICATS

L'Assistance médicale.

Dans la séance préparatoire du bureau de l'Union des Syndicats, il avait été convenu qu'il ne serait parlé que des principes généraux de l'assistance médicale dans les campagnes, laissant aux départements le soin de l'établir à leur guise suivant l'un de ces trois modes : abonnement ; circonscriptions médicales ; paiement par visite avec liberté du malade et du médecin.

Mais à la séance générale du 22 novembre, malgré tout, on a parlé un peu du mode d'assistance, et je crois que la majorité des délégués des Syndicats était acquise au paiement par visite, suivant l'importance des services rendus, et l'honorable Dr Rey, député du Lot, qui sera vraisemblablement rapporteur de cette loi, à la Chambre, est tout acquis à ce mode d'assistance.

J'avais préparé une motion pour la réunion générale ; je ne l'ai pas lue par discipline, mais je la soumets aujourd'hui à mes confrères et je leur demande, à la prochaine réunion de leur syndicat, de mettre cette question si intéressante à l'ordre du jour et de me faire parvenir le résultat de leurs délibérations.

Ces diverses consultations pourront être d'un grand poids pour l'élaboration de la loi et le bureau de l'Union, lorsqu'il sera convoqué par la commission de la Chambre, pourra soutenir énergiquement les revendications des médecins ruraux.

J'ajoute qu'ils sont bien modestes, ils demandent pour parcourir les distances et soigner les malades 0 fr. 50 centimes par kilomètre, aller et retour compris : soit 0 fr. 25 c. par kil. effectif : *le même prix que les facteurs télégraphistes* !

Voici le travail que j'avais préparé :

Messieurs et chers Confrères,

Dans sa dernière séance, le Syndicat d'Aisne-et-Vesle a remis à l'ordre du jour l'Assistance médicale dans les campagnes.

Il a persévéré plus que jamais dans ses premières conclusions, qu'il a chargé son secrétaire de soutenir à cette Assemblée générale de l'Union des Syndicats.

Il a étudié les organisations diverses dans différents départements et après cette étude il est d'avis *unanimement* qu'il ne peut être créé de médecins cantonaux, avec le cortège inévitable d'inspecteurs qui peuvent être les favoris du pouvoir en exercice, quel qu'il soit.

Voici ses conclusions :

1° *Obligation du service médical pour toutes les communes*. Tout le monde est d'accord sur ce point et *création dans chaque commune d'un bureau d'assistance*.

2° *Liberté du médecin et liberté du malade*. C'est le point essentiel. De cette façon pas de favoritisme et liberté pour tous.

3° *Pas d'abonnements*, car la rémunération du médecin doit être proportionnelle aux services rendus, principe adopté par la commission spéciale nommée par l'Union des Syndicats en 1887.

4° *Tarif des indigents 50 % au-dessous de la dernière catégorie des malades* : visites, accouchements, opérations, déplacements, etc. (1). Nous pouvons très bien dire aux pouvoirs publics : Nous faisons le sacrifice de la moitié de nos honoraires, c'est à vous de faire l'autre moitié.

5° *Le service doit être départemental* ; un impôt de capitation doit être levé sur tout le département ; le département et l'Etat même, si besoin est, doivent voter des subventions aux communes trop pauvres.

6° *L'assistance médicale doit être en dehors* de l'organisation des services sanitaires qui ne sont, du reste, qu'ébauchés, rudimentaires, et dans quelques départements seulement.

Je prie de voter ces points principaux et pour nous indispensables pour sauvegarder la dignité du médecin, qui ne sera plus, de cette manière, une espèce de fonctionnaire hybride, réquisitionnable, sans motif sérieux, par un indigent ou un maire, et pour sauvegarder également la dignité du pauvre, auquel on impose un médecin dont il ne voudrait peut-être pas.

Il est du devoir du corps médical, toujours jaloux de son indépendance, de ne pas se laisser embrigader et c'est une tendance fâcheuse de ce temps-ci. Le médecin serait à la fois médecin inspecteur, des enfants en bas âge, des écoles, médecin de l'état civil, des usines et manufactures, vaccinateur officiel, à la dévotion de la magistrature, qui ne manque pas de taper dessus à toute occasion, obligé de déclarer toutes les maladies contagieuses, etc., etc. Toutes ces fonctions ont leur cortège inévitable de rapports ; on peut se demander à la vérité ce qu'il lui restera de temps pour voir ses malades.

Il faut absolument mettre l'assistance médicale en dehors de l'organisation de la médecine publique. Je le répète, *liberté du malade, liberté du médecin*. Avec ces principes, pas de conflits, et pour nous c'est la meilleure organisation possible.

Maintenant, chers confrères, je suis délégué par mon ami et compatriote, le Dr Auché, président du syndicat de la Vienne, dont je suis membre honoraire, pour soutenir l'organisation du service de médecine gratuite organisé dans ce département grâce au zèle d'un conseiller général, le Dr Guillon, à la bienveillance d'un préfet, M. Cleiftié, et à la parfaite entente entre eux des médecins syndiqués. Cela m'est facile, car ce sont les mêmes conclusions que celles du syndicat d'Aisne-et-Vesle, que celles du département d'Indre-et-Loire, des Vosges (moins l'adjonction au moins précoce des services sanitaires) ; enfin, celles que notre cher président le Dr Mignen préconise depuis si longtemps sous le nom de système Landais.

Le syndicat de la Vienne demanderait en plus : 1° L'obligation pour toutes les communes de s'associer à la nouvelle organisation ; — sur cela accord unanime.

2° Elévation des tarifs qui semblent trop faibles ;

3° Rémunération des consultations.

Je soumets ces conclusions à l'assemblée en ne me dissimulant pas que si les indigents payaient véritablement 50 % au-dessous du tarif ordinaire (et on serait sûr d'être payé), nous pourrions, pour le moment au moins, ne pas demander autre chose.

Mais ce dont la *Vienne* ne veut pas entendre parler, c'est la médecine cantonale et l'abonnement, et pour moi c'est justice.

Dr. H. Lécuyer.

Nota. — Nous donnerons dans le prochain numéro le règlement de la Vienne. Il pourra servir de base à la discussion de tous les Syndicats.

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

Procès-verbal de la réunion du 9 avril 1891.

La séance est ouverte, suivant l'usage, à 4 heures de l'après-midi.

Présents : MM. Darin, de Fourmestreaux, Boyer, Broussin, Giberton, Gille, Debord, Jeanne, Lemenant des Chesnays, Lécuyer, Midrin, Ledermann, Surre, Ribard, Toussaint, Regnard, Pannetier.

Excusés : MM. Bouillet, Landry, Loncle, Pineau, Marint, Ferrey, Tourneur.

Non excusés : MM. Christen, Pluyeau.

M. le Dr Regnard (de Sèvres), présenté par ses deux confrères de la même localité, est admis à l'unanimité comme membre du Syndicat. — Le Bureau sortant est encore une fois réélu dans son entier.

Après examen des comptes du Trésorier, M. le Dr Pannetier, le Syndicat décide qu'il y aura lieu d'augmenter les recettes en fixant désormais le montant de la cotisation à 16 francs, cette cotisation donnant droit d'assister à l'avenir gratuitement au banquet d'octobre.

(1) Pourquoi le Syndicat consent-il une pareille réduction ? A. C.

M. le Président informe ensuite l'Assemblée que M. le Préfet de Seine-et-Oise a demandé aux médecins inspecteurs des nourrices, dans quelle proportion il conviendrait d'élever l'indemnité qui leur est accordée. — Le Syndicat décide à ce sujet :

1° qu'il répondra par l'intermédiaire de son Secrétaire à M. le Préfet, à M. le Dr Sellier, inspecteur général du service, et à M. le Dr Peyron, conseiller général chargé du rapport sur cette question. 2° Que chaque médecin devra répondre individuellement à M. le Préfet. 3° Que la réponse collective et les réponses individuelles devront être d'accord pour réclamer une indemnité de 1 fr. 50 par visite au lieu de résidence et 2 fr. en dehors de celle-ci. De plus, elles signaleront la nécessité de demander aux inspecteurs deux visites pendant les mois de juillet et d'août.

La fin de la séance est consacrée à un échange de renseignements sur le vote de la loi relative à l'exercice de la médecine, et les médecins présents se séparent vers six heures pour se retrouver bientôt après autour de la table Lapérouse et terminer gaiement ensemble la bonne journée trimestrielle.

Paris, le 15 *avril* 1891.

Le Secrétaire, Dr Jeanne.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Solubilité du naphtol β.

Le naphtol β est peu soluble dans l'eau, 20 à 25 centig. par litre. Si l'on veut une solution plus concentrée, il faut se servir des solutions suivantes :

	Naphtol β	2 grammes.
	Alcool à 90°	20 —
	Eau distillée	1 litre.
ou	Naphtol β	0 gr. 75
	Acide borique	30 gr.
	Eau distillée	1 litre.

REPORTAGE MÉDICAL

Syndicat de la Seine.

L'Assemblée générale a eu lieu le 24 janvier 1892, à l'amphithéâtre de la Faculté.— *Ordre du jour* : I. Allocution du Président. — II. Procès-verbal de la dernière assemblée générale ; situation financière de la Société. — III. Election du Conseil d'administration.— IV. Revision des articles 3, 7, 8, 10 et 11 des statuts. — V. Encaissements et recouvrements. — VI. Exercice illégal. — Avant le jour de l'Assemblée générale, chaque membre du syndicat avait reçu :

1° La liste complète des adhérents ;

2° Et des bulletins de vote pour l'élection du nouveau Conseil d'administration.

Nous publierons le procès-verbal de la séance, dès sa réception.

— Le Sénat a repoussé à une bien faible majorité la motion de M. Cornil qui demandait le rétablissement d'un crédit de 5,000 fr. pour le service d'inspection des boîtes de secours des Compagnies de chemins de fer. Les médecins des Compagnies les inspecteront, mais qui obligera les Compagnies à tenir compte des observations de leurs salariés ?

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr Fargier-Lagrange, de Tournon (Ardèche).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

3681. — M. Carmouze, de Château-d'Oléron (Charente-Inférieure), présenté par M. Pineau, de Château-d'Oléron.

3682. M. Navault, de Vichy, membre de l'Association des médecins de France.

3683. M. Allot, de Commentry (Allier), membre de l'Association de l'Allier.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine
4, rue Antoine-Dubois, 4.

Guide pratique des exercices physiques, hygiène et résultats, par le Dr Roblot, chevalier de la Légion d'honneur. In-8 de 60 pages, avec gravures intercalées dans le texte. Prix : 2 fr. 50.

TABLE DES MATIÈRES.

Chapitre I. Indications des exercices physiques et conditions d'utilité. — Chapitre II. Pratique des exercices physiques. — Chapitre III. Résultats des exercices physiques. — Chapitre IV. Constatation des résultats des exercices physiques, boxe anglaise, escrime, *vélocipédie*, etc., etc.

Traité du rhumatisme et de l'arthrite rhumatoïde, par le Dr Archibald E. Garrod, médecin suppléant de l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, traduit par le Dr Brachet. In-8 carré, illustré de 410 gravures. Prix : 12 francs.

Il n'existait pas encore un traité du rhumatisme considéré comme une maladie organique, et parmi les mémoires et articles consacrés à cette affection, le plus important n'embrassait pas d'un coup d'œil général cette si importante question. Aussi le Dr Brachet a-t-il été bien inspiré en traduisant le consciencieux travail de Garrod ; il contribue ainsi à faire connaître un livre que beaucoup de médecins ignoraient.

C'est une remarquable monographie que cet ouvrage où l'auteur a étudié avec un soin scrupuleux toute l'histoire du rhumatisme, encore vague sous bien des rapports, mais néanmoins bien connue à certains points de vue. Les symptômes du rhumatisme, ses diverses manifestations, le traitement font l'objet de chapitres très complets. Dans une deuxième partie, l'auteur étudie l'arthrite rhumatoïde ou arthrite déformante.

La traduction du Dr Brachet est fort bien faite et rend très agréable la lecture de cet intéressant ouvrage. De saisissantes figures complètent le texte.

Net franco 9 fr. 60 contre un mandat.

On lit dans le *Figaro* :

La Société d'Editions, 4, rue Antoine-Dubois, publie un roman de Paul Lacour, l'*Epouse*, qui tient brillamment toutes les promesses du titre.

C'est une étude exacte et complète de nos mœurs modernes, de la vie de province mise en regard de la vie parisienne, et, en particulier, du mariage en cette fin de siècle.

Dans l'héroïne, Marthe Chassang, si intelligente et si délicate, toutes les femmes de France voudront se reconnaître. Elles liront son histoire — qui est aussi celle de beaucoup d'entre elles — avec un intérêt croissant. Jamais on n'a parlé de « l'éternelle blessée » avec plus d'émotion et d'éloquence. Et si un souffle d'ardente tendresse anime toutes les pages de ce remarquable livre, on n'y trouve la trace, même dans les plus hardies, d'aucune brutalité voulue.

Prix : 2 fr. 80 franco contre un mandat pour MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année N° 6 6 Février 1892

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Inhibition du hoquet par une pression sur le nerf phrénique.

M. le professeur *Leloir*, de Lille, fut consulté il y a cinq ans, pour une petite fille de 12 ans, atteinte depuis un an de hoquet incoercible, se produisant toutes les demi-minutes, entravant le sommeil, la nutrition, et amenant le dépérissement de l'enfant. On avait prescrit en vain les antispasmodiques. L'idée lui vint de comprimer fortement le nerf phrénique gauche, entre les deux attaches sterno-claviculaires du muscle sterno-cléido-mastoïdien. La compression digitale, assez douloureuse, dura trois minutes : au bout de ce temps le hoquet avait complètement disparu, et il ne s'est plus reproduit depuis cette époque.

M. Leloir a depuis lors appliqué un grand nombre de fois cette méthode pour faire disparaître des hoquets chroniques ou aigus, résistant à tout autre traitement. Il a toujours réussi en comprimant pendant quelques minutes, quelques secondes dans certains cas, le nerf phrénique au point indiqué.

Cette méthode lui semble continuer une application intéressante des recherches de Vulpian, de Charcot et de Brown-Séquard sur l'action thérapeutique de l'excitation des nerfs périphériques (1).

Néphrite infectieuse puerpérale.

M. A. *Guérin* s'étonne que dans la dernière séance de l'Académie, M. Hervieux ait émis l'opinion que l'infection purulente pouvait avoir pour porte d'entrée la voie pulmonaire et même la voie cutanée. S'il en était ainsi, l'antisepsie des voies génitales deviendrait inutile.

Or tout le monde sait, au contraire, que les malades qui n'ont aucune solution de continuité des téguments peuvent vivre impunément dans les salles qui renferment de nombreux cas d'infection purulente ; par conséquent, on ne saurait admettre que le poison de l'infection purulente puisse envahir l'économie par le poumon.

(1) Académie des sciences.

M. *Hervieux* répond n'avoir pas affirmé que l'infection s'était faite par le poumon ou par la peau, il a dit seulement qu'elle pouvait fort bien avoir eu lieu par cette voie et qu'on pourrait peut-être citer des faits conformes à cette théorie.

M. *Guéniot* croit le fait possible, surtout lorsque le poumon est le siège de certaines altérations et c'est assurément ce qu'a voulu dire M. Hervieux. Il s'agit, ici, non pas seulement de l'infection purulente, mais de l'infection puerpérale. Or, celle-ci est favorisée par la respiration d'un air impur et il connaît des faits probants à ce sujet (1).

Calcification gypseuse des ganglions lymphatiques.

M. *Colin* (d'Alfort) confirme, par une note, l'interprétation proposée par M. Albert Robin, dans un travail récent : il y a chez les animaux des calcifications ganglionnaires et vasculaires tout à fait étrangères à la tuberculose ; ces calcifications sont souvent, sinon toujours, le résultat de l'apport direct des matières salines d'origine extérieure ; ces lésions, sur les animaux comme sur l'homme, peuvent être attribuées à l'introduction dans les voies aériennes ou digestives de grandes quantités de produits carbonatés ou gypseux.

Sur la pente de l'écriture.

M. *Javal* indique les causes qui contribuent à rendre la myopie plus fréquente en Allemagne que dans les autres pays et l'une d'elles est l'écriture penchée que nos voisins sont en train de modifier. C'est surtout en France qu'on a montré l'utilité de revenir à la formule proposée par Georges Sand, corps droit, cahier droit, écriture droite, mais la France a surtout travaillé pour les peuples voisins.

La raison qu'on oppose en France à l'adoption

(1) Académie de médecine.

de l'écriture droite est la plus grande lenteur d'exécution de cette écriture. Il existe deux sortes d'écritures, celle à main posée et celle à main levée ou expédiée. L'écriture à main posée s'exécute exclusivement au moyen des doigts, tandis que le poignet joue un rôle important dans l'écriture expédiée. La pente n'est utile que dans l'expédiée ; or il faut d'abord apprendre aux enfants à écrire à main posée et ne leur apprendre l'expédiée qu'au moment où ils commencent à écrire sur le papier non réglé. A ce moment on leur fait incliner le papier vers la gauche et la pente s'en suivra nécessairement.

Si on donne à de très jeunes enfants des modèles d'écriture et si on les laisse faire, la plupart d'entre eux n'imiteront pas le texte du modèle ; il suffit de ne rien leur dire pour qu'ils adoptent l'écriture droite.

M. A. *Gautier* dit qu'à l'école Alsacienne on a essayé de mettre en pratique les préceptes de M. Javal et l'on a d'abord adopté comme système d'écriture l'écriture française à main posée. Après quelques années d'expérience on a dû revenir à l'écriture anglaise, inclinée, qui permet d'écrire plus vite.

M. *Javal* répond que l'écriture dont a parlé M. Gautier, dans l'expérience en question, n'est pas l'écriture droite, mais une sorte d'écriture intermédiaire. Il aurait fallu aborder franchement la réforme en adoptant l'écriture absolument droite, tandis qu'on a pris une demi-mesure qui a échoué.

Augmentation de la fréquence du tænia en France.

D'après M. *Bérenger-Féraud*, depuis un demi-siècle, la fréquence du ténia s'est notablement accrue en France. Elle est actuellement de 2,40 en moyenne pour 1000 chez les hospitalisés dans les hôpitaux militaires.

En même temps, le tænia inerme provenant du bœuf s'est substitué au tænia armé d'origine porcine, ce dernier ayant disparu avec la proscription de la viande de porc ladre.

Le tænia inerme semble pénétrer en France par les frontières de Belgique, de Suisse et par le littoral méditerranéen. Dans les départements qui bordent ces frontières, la fréquence du tænia chez les hospitalisés varie de 4,21 à 5,25 pour mille. Dans certains départements, voisins de ceux-ci, cette moyenne atteint 3 p. 1000 et même un peu plus.

Les moyens de défense contre cet envahissement sont : *a*) usage de la viande de porc bien cuite ; *b*) augmentation de l'élevage indigène des bœufs de boucherie ; *c*) destruction, dans la limite du possible, des œufs de tænia évacués par les hommes atteints de ténia.

M. *Laborde* fait observer à ce propos que, au cours de ses expériences récentes sur l'action des sels de strontium (acétate, tartrate, phosphate), il a remarqué que les chiens étaient très vite débarrassés de leurs tænias. Ainsi, les œufs de ces parasites, si nombreux chez les chiens, ne se développent plus dans un milieu où pénètrent et agissent les sels de strontium. L'action parasiticide de ces sels s'allie étroitement à leur action antiseptique.

Chez l'homme on peut employer la solution suivante : acétate de strontium, 20 gr. ; eau distillée, 120 gr. ; glycérine, quantité suffisante ; à prendre deux cuillerées à soupe par jour pendant cinq jours consécutifs.

Broncho-pneumonies infectieuses d'origine intestinale.

M. *Sevestre* a signalé il y a 5 ans, des cas de broncho-pneumonie qu'il crut pouvoir rattacher à une infection d'origine intestinale et il formulait alors les conclusions suivantes. Chez les enfants d'un an à deux ans (et probablement aussi à d'autres âges), soumis à une alimentation vicieuse, il peut survenir une décomposition des matières intestinales, de laquelle résultent une diarrhée fétide et une entérite infectieuse ; consécutivement il peut y avoir une infection générale et particulièrement des accidents de congestion pulmonaire et de broncho-pneumonie ; les agents de désinfection intestinale et spécialement le calomel et la naphtaline (il faut ajouter aujourd'hui le naphtol et mieux encore le bétol et le benzonaphtol) sont les meilleurs moyens d'enrayer la diarrhée et de prévenir les accidents pulmonaires.

Ces conclusions découlaient uniquement de l'observation de faits cliniques et n'avaient pu, malheureusement, être appuyées de recherches bactériologiques ; aussi pouvaient-elles prêter à controverse, comme le fit remarquer M. Cadet de Gassicourt. Cette lacune a été comblée par M. Lesage, ancien interne de M. Sevestre.

M. *Lesage*, par des recherches bactériologiques a démontré que les lésions pulmonaires observées pendant la vie relèvent de l'entérite et n'en sont qu'une complication. Elles dépendent exclusivement de la présence du bacillus coli virulent, qui a envahi le poumon et s'y est développé. Dans cinq cas il avait noté durant la vie des lésions pulmonaires avec hypertrophie de la rate. Or dans un cas il s'agissait d'une congestion pulmonaire simple, rouge-brique, intense, généralisée. On retrouvait à l'autopsie dans ce poumon congestionné le bacillus coli virulent.

Dans quatre cas, on a trouvé, dans un poumon des noyaux de broncho-pneumonie enchâssés dans le tissu pulmonaire congestionné. Dans un cas, le noyau de broncho-pneumonie était suppuré. Dans ces noyaux, on n'a isolé que le bacillus coli. La virulence était identique à celle du bacillus coli de l'intestin.

Dans les cas où il y avait suppuration du noyau, le bacillus coli n'avait pas la même virulence que le bacillus coli de l'intestin, mais il avait acquis des propriétés pyogènes qu'il a conservées chez les animaux. Il y a donc là une lésion d'organe. On trouve le bacillus coli virulent à l'exclusion de tout autre microbe.

Il résulte également des recherches de M. Lesage que, dans les salles abritant des enfants atteints d'entérite infectieuse, le bacillus coli virulent est dans l'air ; il se dépose dans le lait stérilisé que l'on donne aux enfants, pour peu que le lait ait été exposé à l'air ; il s'y développe en culture souvent pure, d'où contagion probable des enfants sains, puisqu'on leur donne à boire une culture pure de bacillus coli virulent. Dans les salles où il n'y a pas d'entérites infectieuses le bacillus coli peut exister, mais alors il n'est pas virulent.

Comme conclusion pratique à donner à ces re-

(1) Société médicale des hôpitaux.

cherches, il serait fort utile d'isoler en des salles spéciales les enfants atteints de diarrhées infectieuses à leur entrée à l'hôpital, de même que l'on isole avec succès les enfants rubéoliques et coquelucheux atteints de broncho-pneumonie.

A propos de la subordination des accidents pulmonaires à la diarrhée, MM. Gilbert et Girode ont également signalé un cas de choléra nostras où, deux jours avant la mort, ils avaient trouvé le bacille d'Escherich (bacillus côli) dans le suc pulmonaire ; enfin, récemment, M. Widal a dit que dans plusieurs cas de broncho-pneumonie, observés avec M. Chantemesse, il a trouvé un germe qui avait tous les caractères de ce microbe.

M. *Sevestre* est partisan de mettre les enfants malades dans de petites salles au lieu de les réunir dans une grande salle commune. C'est une façon de rendre la contamination moins fréquente et mieux encore de faciliter la désinfection de ces salles.

M. *Comby* pense qu'en attendant on pourrait désinfecter d'une manière systématique toutes les selles des enfants. On finirait, de la sorte, par stériliser l'air des salles, au moins au point de vue du bacillus coli.

M. *Sevestre* considère la chose comme extrêmement difficile pour de tout petits enfants qui vont à la garde-robe dans leurs couches et non dans un vase.

Résultats immédiats d'une crâniectomie.

M. *Prengrueber* relate l'observation d'un enfant, âgé de neuf ans, atteint d'idiotie simple avec microcéphalie, qu'il a traité avec succès par la crâniectomie (1).

Dans ce but, il pratiqua du côté gauche du crâne une brèche osseuse de 2 centimètres de large et de 11 centimètres de long. Au niveau de la suture fronto-pariétale correspondante, il existait un bourrelet osseux, véritable exostose extra et intra-crânienne, qui comprimait la masse encéphalique.

Les suites opératoires furent des plus simples : l'opéré, dès qu'il fut réveillé, demanda à manger et à se lever. Cet état favorable se maintint jusqu'à la cicatrisation complète.

Mais, et c'est là ce qui rend ce fait intéressant, dès les premiers moments qui suivirent l'opération, on put constater que l'enfant en avait déjà bénéficié au point de vue de ses fonctions cérébrales.

Son aspect général était meilleur, son jugement paraissait avoir progressé, son langage était plus compréhensible.

Dès le lendemain de l'opération, la salive ne s'écoulait plus des lèvres, l'enfant ne bavait plus. En outre, il se mouchait de lui-même, ce qui ne lui arrivait jamais auparavant.

Avant l'opération il laissait tomber les jouets mis entre ses mains ; il ne savait se servir d'aucun d'entre eux, si simple qu'en fût le mécanisme. Après l'opération, il pouvait jouer d'une petite trompette et il manœuvrait convenablement un de ces petits canons à l'aide desquels les enfants lancent au loin des bouchons de liège.

Enfin, lorsque l'enfant sentait le besoin d'uriner, il en avait conscience et prenait ou demandait un vase pour recueillir ses urines. Parfois encore, il pissait au lit, mais c'était là un accident tout à fait exceptionnel, alors qu'avant l'opération il se produisait constamment.

Quels seront les résultats ultérieurs de cette crâniectomie ? Il est impossible de le dire à l'heure actuelle, et ce n'est que dans plusieurs mois et même plusieurs années qu'on pourra se prononcer à cet égard.

Quant à la cause de cette amélioration immédiate, M. Prengrueber l'attribue à la décompression générale et locale du cerveau, et à une irrigation sanguine plus complète des parties comprimées.

(1) Académie de médecine.

Les vers de terre et les bacilles de la tuberculose.

On se rappelle les belles expériences dont M. Pasteur entretenait l'Académie des sciences en 1880 et qui sont venues démontrer que les vers de terre ramènent fréquemment les spores de la bactérie charbonneuse des profondeurs du sol où ont été ensevelis les cadavres des animaux morts du charbon.

MM. *Lortet* et *Despeignes* se sont demandé depuis longtemps comment agissaient ces mêmes lombrics en présence des bacilles de la tuberculose. Les expériences qu'ils ont entreprises, dans le but d'élucider cette question, viennent de leur démontrer que les lombrics terrestres, partout si nombreux et si actifs, pouvaient conserver dans leur corps, et cela pendant plusieurs mois, les bacilles de la tuberculose parfaitement vivants et nullement altérés dans leurs propriétés virulentes. Ces animaux pourraient ainsi, dans certaines circonstances, contribuer puissamment à la dissémination des bactéries nocives.

C'est la première fois qu'on démontre expérimentalement la tuberculisation facile d'un animal appartenant à la grande classe des Invertébrés.

Prophylaxie de la tuberculose à l'hôpital.

M. *Bard*, médecin des hôpitaux de Lyon, nous fait connaître, dans la *Revue d'hygiène*, deux mesures intéressantes qu'il a appliquées dans son service de Saint-Pothin.

Il désinfecte les crachoirs de ses tuberculeux au moyen de l'eau bouillante. Son appareil se compose de deux parties : un réservoir en tôle où s'opère la désinfection, et des paniers, d'ailleurs très légers, en fil de fer galvanisé, qui servent à recueillir les crachoirs aux lits des malades, à les apporter au réservoir, les y plonger avec eux et à les en sortir sans avoir été déplacés. L'eau du réservoir est amenée à l'ébullition, en huit ou dix minutes, par une prise de vapeur largement ouverte. On modère ensuite l'arrivée de la vapeur de façon à maintenir l'ébullition pendant toute la durée nécessaire. Dix minutes suffiraient à la désinfection, mais, dans la pratique, on peut les dépasser largement sans inconvénients, puisque l'appareil n'a besoin d'aucune surveillance, et que l'infirmier chargé de ce service peut se livrer pendant ce temps à une autre besogne. Au sortir du réservoir, il suffit de rincer à l'eau froide les crachoirs désinfectés.

La suppression du balayage des planchers est une mesure prophylactique au moins aussi nécessaire que la désinfection des crachoirs. M. Bard, pour rendre imperméables les planchers de ses salles, emploie la paraffine, que l'on étend à froid après dissolution dans le pétrole. Le parquet présente alors une teinte brune un peu mate.

Il y a plus de deux ans que M. Bard a imperméabilisé ainsi une salle où se trouvent les tuberculeux, et, malgré l'usage ininterrompu de la salle avec toutes les causes de détérioration qu'il comporte, les lavages ont suffi à l'entretien du parquet sans nouvelle application de paraffine. Toutefois celle-ci deviendra bientôt utile ; car, si l'imperméabilisation paraît encore assurée sur la plus grande partie du parquet, il est manifeste que l'eau commence à mouiller sur quelques points plus exposés, tels que le voisinage de la porte d'entrée.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

L'art de faire dormir.

« Docteur, faites-moi dormir, je vous en supplie ! » Combien de fois entendons-nous cette phrase chaque année... et combien nous voudrions pouvoir toujours donner au malade cette satisfaction d'oublier son mal pendant quelques heures ! D'autant plus que le sommeil n'est pas seulement agréable au patient parce qu'il apporte l'oubli ; il est indispensable pour permettre la réparation des forces, il constitue à lui seul un moyen curatif dans certains états morbides.

Mais nous ne réussissons pas toujours à procurer ce bienfait. Nous y réussirions plus souvent peut-être, si nous posions bien exactement les données du problème à résoudre, si nous établissions avec soin le déterminisme de l'insomnie dans chaque cas particulier et si nous connaissions plus à fond la véritable action physiologique des médicaments réputés hypnotiques.

I

Nous sommes certainement bien mieux armés que nos anciens pour combattre l'insomnie ; eux n'avaient guère que l'opium et les solanées, « les consolatrices », comme les appelle Michelet.

L'opium est bien loin de faire dormir : « Opium me, Hercle, non sedat », disait Sydenham, et les solanées, qui engourdissent certaines douleurs, ne donnent guère, en fait de sommeil, qu'une alternative de stupeur et de cauchemars. Mais nous, nous avons les conquêtes du siècle, le chloroforme et l'éther, le chloral et les bromures, sans compter les puissants alcaloïdes patiemment extraits de l'opium et des solanées, et le chanvre indien, connu depuis tant de siècles en Orient, mais usité seulement dans l'Occident depuis peu, et tous ces nouveaux corps dont nous ont dotés les chimistes contemporains, la paraldéhyde et le sulfonal, l'uréthane, l'hypnone, l'hydrate d'amylène, formamide et chloralimide..., et cependant il arrive encore à chaque instant que le médecin ne peut faire dormir son client.

Bon nombre de nos confrères éprouvent vis-à-vis de ces médicaments nouveaux une défiance qui s'explique par l'insuffisance de renseignements assez précis qu'ils possèdent à leur égard. Quand ils ont quitté l'école, ces médicaments n'étaient pas connus encore, ou n'étaient employés par leurs maîtres que dans la clientèle urbaine ; depuis qu'ils pratiquent, ils lisent bien dans les journaux de nombreuses attestations en faveur de tel ou tel hypnotique ; mais ils sont retenus souvent par la crainte bien légitime de nuire à leur malade. Ou bien ils prennent au hasard un de ces hypnotiques nouveau-nés, sans en connaître exactement les effets et les indications ; s'ils en ont obtenu une ou deux fois un résultat peu satisfaisant, ils se dégoûtent pour longtemps de tous ces noms en *nal* en *ane*, ou en *ide*.

On ne prescrit avec confiance que les médicaments qu'on a vu administrer sous ses yeux et, il faut bien le dire, presque tous nos maîtres, même ceux qui connaissent à fond les ressources de la pharmacologie la plus « fin de siècle », ne prescrivent guère dans les hôpitaux qu'une thérapeutique extrêmement banale. Quelle confiance un étudiant aura-t-il pour prescrire du sulfonal ou de la paraldéhyde, quand il exercera pour son compte, s'il a suivi la visite d'un chef qui, après avoir disserté doctement sur tous les hypnotiques récemment découverts, concluait toujours en dictant cette prescription : julep diacode ?

A la requête de plusieurs de nos lecteurs, je vais tâcher de condenser, sur cette question des hypnotiques, les données les plus précises que nous possédions.

Mais auparavant, je tiens à insister sur ce point que l'art de faire dormir est autre chose que celui de formuler un hypnotique en vogue.

II

Quand on veut faire dormir un malade, la première question à trancher, c'est de savoir autant que possible pourquoi il n'a pas dormi jusque-là. La cause de son défaut de sommeil est-elle une douleur? ou un simple malaise? ou la tyrannie d'un symptôme prédominant, au cours d'une évolution morbide, par exemple, la dyspnée des affections cardiaques, rénales ou pulmonaires ?

Le malade ne peut-il s'endormir ? ou, s'étant endormi, est-il réveillé par le malaise ou la douleur comme tant de dyspeptiques ? Ou bien, s'agit-il d'une agrypnie sans douleur et sans cause morbide apparente, c'est-à-dire paraissant constituer à elle seule l'état morbide ; insomnie de cause morale par exemple (chagrin, inquiétude) ou par excitation cérébrale, par excès de travail intellectuel, par mauvaise hygiène ? C'est, en somme, le diagnostic précis de la cause de l'insomnie qui peut seul conduire à la combattre efficacement.

Deux exemples pris au hasard suffiront pour montrer que l'insomnie ne doit pas être toujours combattue par les hypnotiques. Il y a telle insomnie tenace chez un urémique qui disparaîtra après un purgatif drastique. On ne fera pas cesser celle d'un dyspeptique en lui donnant des drogues, mais bien en le faisant mieux digérer.

Ce sont là des énonciations d'une banalité telle qu'il semblera peut-être ridicule de les faire, et cependant chacun de nous, en faisant son examen de conscience, s'avouera qu'il a plus d'une fois méconnu à ce point de vue une indication thérapeutique très simple.

J'oserai dire que, trop souvent, c'est le médecin lui-même qui est la cause de l'insomnie de son malade, et, avant de lui donner une potion ou des pilules de plus, il devrait songer quelquefois à lui supprimer quelque médicament devenu nuisible par un emploi trop prolongé.

C'est là exprimer sous une autre forme cette pensée que les fautes que nous commettons dans la pratique découlent bien plus rarement de l'ignorance que de l'inattention. La plupart des médecins ont trop peu de temps à donner à chaque malade ; ils examinent généralement bien

chaque malade nouveau, mais les chroniques pâtissent ; on leur laisse trop souvent continuer à leur détriment une médication qui a pu être passagèrement utile, ou on leur ajoute, pour combattre un nouveau symptôme, un médicament nouveau, contradictoire avec le précédent. A ce point de vue, nous donnons quelquefois prise légitime aux détracteurs de la médecine. J'ai vu un cardiaque qui continuait avec persévérance à prendre de la caféine et se désolait de ne pouvoir dormir depuis plusieurs nuits ; son médecin avait oublié de lui dire de la cesser et s'ingéniait à combattre l'insomnie en lui donnant chaque jour un nouveau médicament hypnotique.

La meilleure situation pour juger la fréquence de cette erreur médicale est de suppléer un confrère : on relèvera sans peine plusieurs contradictions médicamenteuses dans sa clientèle ou dans son service d'hôpital. Mais cette faute qui nous choque chez le voisin, nous ne l'évitons guère nous-mêmes et celui qui nous succéderait quelques semaines plus tard nous ferait avec justice les mêmes critiques. Soyons donc modestes : le Juste pèche sept fois par jour ; mais cependant avertissons-nous les uns les autres.

Je borne là cette digression, qui me mènerait trop loin, sur les causes de nos erreurs ; j'ajouterai cependant, comme conséquence de ce que je viens de dire, qu'on peut faire de bien excellente médecine avec un très petit nombre de médicaments à action éprouvée et que, s'il faut se garder de décourager les chimistes qui nous cherchent sans cesse de nouveaux hypnotiques, les physiologistes qui en étudient l'action sur les animaux et les maîtres qui les essayent sur le malade avec prudence et discernement, sans emballement, le praticien a le devoir de se servir seulement de ceux qui sont bien connus, et, à condition d'en avoir établi nettement les indications, il obtiendra l'effet souhaité.

III

J'ai dit qu'il fallait d'abord s'inquiéter de savoir pourquoi le malade ne dormait pas.

Il y a lieu, ce n'est pas un mince détail, de savoir comment il est couché, si le cubage d'air de sa chambre est suffisant, si la température est convenable. J'ai vu des tuberculeux traités par l'absurde système ancien du confinement et du surchauffage, qui avaient une insomnie rebelle avec sueurs profuses parce qu'on les faisait « cuire dans leur jus ». En vain ajoutait-on à leur stock quotidien de médicaments fondamentaux, un cortège cumulatif d'atropine, de morphine, etc. Ils ne dormaient ni ne cessaient de transpirer, tandis qu'après modification de la ventilation de leur chambre à coucher, le sommeil revenait et les sueurs diminuaient.

Combien cela est vrai aussi pour les enfants qui s'endorment difficilement et d'un mauvais sommeil dans une chambre trop petite, où toute la journée plusieurs personnes ont respiré, où les émanations médicamenteuses, et celles des garde-robes, et l'éclairage, ont vicié l'atmosphère : aussi est-ce un excellent moyen d'assurer le sommeil d'un enfant malade que de le transporter pour la nuit dans une chambre autre que celle où il a passé la journée.

Il faut aussi veiller, même quand les enfants sont bien portants, à ce que leur repas du soir ne soit ni trop copieux, ni d'une digestion difficile, proscrire le vin pur au dîner ; éviter aussi qu'on ne les garde *au salon* en compagnie des grandes personnes jusqu'à l'heure du coucher, afin de leur épargner la surexcitation par les conversations, les jeux, la lumière trop vive.

Il faut encore songer à la dureté ou à la mollesse excessive du coucher, à l'élévation de la tête, à la température des pieds ; un enfant qui a froid aux pieds s'endort bien difficilement.

Je puis citer comme exemple de l'utilité de certaines attitudes pour le sommeil la nécessité de ne reposer qu'assis pour dormir chez bon nombre d'asthmatiques, de dyspnéiques cardiaques. Chez certains individus dont l'estomac est en même temps dilaté et le foie tuméfié, le sommeil n'est plus jamais possible dans la position horizontale. Avec M. Bouchard j'ai soigné un homme qui depuis plusieurs années, dans un somptueux appartement, n'avait plus de lit, ce meuble lui étant devenu aussi odieux qu'inutile !

M. Huchard faisait ressortir tout récemment que chez les individus atteints d'angine de poitrine par sténose des coronaires, l'attitude horizontale provoque les crises angineuses en rendant excessive la tension artérielle ; il prescrit aux angineux, surtout à ceux qui ont des crises pendant la nuit, de ne jamais se coucher la tête basse (1).

Il faut s'inquiéter de savoir si un malade insomnique ne prend pas le soir de boissons excitantes, ne fume pas avec excès dans un espace confiné, s'il a pris quelque exercice après son dîner. Pour les personnes qui travaillent cérébralement il y a lieu de conseiller de ne pas se jeter au lit immédiatement en quittant la table de travail, mais de faire un peu de locomotion dans l'appartement, de procéder lentement à la toilette de nuit, de ne pas négliger la friction générale sèche ou aromatique qui, en stimulant la circulation cutanée, décongestionne celle du cerveau ; plus efficace encore pour ceux qui peuvent s'offrir ce luxe est un court massage général fait par un serviteur adroit. C'est dans le même ordre d'idée qu'agit la lotion froide ou le bain tiède, ou l'enveloppement hydriatique de l'abdomen, qui a été préconisé.

Mais je suppose que la cause de l'insomnie soit quelque sensation pénible ou une véritable douleur.

Les moyens hygiéniques ne suffisent plus. C'est alors à des pratiques capables de calmer la douleur et aux médicaments analgésiants qu'il va falloir s'adresser.

Une sensation de plénitude de l'hypochondre par congestion hépatique, une tension intra-thoracique par hyperémie pulmonaire chez des tuberculeux, des asthmatiques, des cardiaques, céderont à l'application de révulsifs, ventouses, cataplasmes sinapisés, et leur disparition permettra le sommeil.

Une distension gastrique ou intestinale par dyspepsie flatulente qui avait provoqué l'insomnie les jours précédents, est amendé par quelque boisson carminative très chaude (camomille anisée, etc.), par une application de linges très chauds, de cataplasme.

Il faut, en résumé, avoir pour principe de ne recourir aux calmants médicamenteux qu'après échec des moyens les plus simples.

(*A suivre.*) P. Le Gendre.

(1) Société de Médecine pratique.

CORRESPONDANCE

I

Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 28 janvier, on lisait une clinique de M. le Professeur Duplay sur un cas d'*Hématocèle rétro-utérine.*

Notre distingué collaborateur M. le Dr *Bitterlin*, médecin de l'hôpital de Baume, nous fait remarquer que ce cas offre une analogie frappante avec une observation qu'il a publiée dans le *Concours médical* le 9 novembre 1890.

II

Un de nos confrères nous communique le fait suivant, qui appelle l'attention sur certain cas où le médecin peut se demander si c'est à sa thérapeutique que sont dus des accidents imprévus, ou à la maladie elle-même.

« Le vendredi matin 22 janvier je suis appelé auprès d'un enfant âgé de 5 ans moins deux ou trois mois, bien développé pour son âge, qui depuis plusieurs jours avait une fièvre vive et accusait des douleurs dans la tête et dans les membres. Le point le plus douloureux siégeait au niveau des vertèbres cervicales, de telle façon que le petit malade se retournait et marchait tout d'une pièce d'un air un peu comique. Je crus à un cas d'influenza, avec d'autant plus de raison que j'en observe un grand nombre tous les jours et que le père de l'enfant, employé à la Cie de l'Est, venait d'être grippé et n'était pas sorti depuis plusieurs jours. Je prescrivis 0,20 centigr. de quinine et l'application d'un sinapisme à la nuque.

Je revis l'enfant le lendemain matin samedi. Il souffrait un peu moins au niveau de la nuque, mais il éprouvait encore des douleurs au niveau de plusieurs articulations et avait un peu de gêne respiratoire. L'examen de la poitrine me fit découvrir quelques râles de bronchite dans le côté droit. Je crus devoir prescrire un cataplasme sinapisé sur la poitrine et en raison des douleurs persistantes, 1 gramme d'antipyrine dans une potion de 100 gram. J'avais bien l'intention d'indiquer que la potion serait prise par cuillerées à café d'heure en heure ; mais dans ma hâte — je suis un peu surmené ces temps-ci — j'écrivis cuillerée à bouche. Je suis rappelé à 5 h. du soir ; la mère me dit que l'enfant lui a semblé plus fatigué depuis deux heures, qu'il respirait difficilement, qu'elle est allée chercher un vomitif chez le pharmacien et qu'elle l'a administré. L'enfant a vomi abondamment. Il respire avec difficulté, les râles de bronchite ont envahi les deux côtés; les lèvres sont cyanosées, il parle avec une certaine difficulté, le pouls est petit. J'ordonne de supprimer la potion, *dont un tiers environ a été pris*, je recommande d'appliquer sur la poitrine en avant et en arrière des cataplasmes sinapisés et de donner du punch coupé avec du thé. A 6 h. 1/2 on revient me chercher ; l'enfant asphyxie, sa figure est toute cyanosée, il n'a plus de pouls. La mère qui, malgré ma recommandation, a donné encore une cuillerée de la potion, dit que l'état s'est aggravé après l'absorption de cette potion. Je pratique immédiatement l'insufflation de bouche à bouche jusqu'à huit heures, c'est-à-dire pendant près d'une heure et demie. A ce moment le père rentre de son bureau et me remplace — j'étais à bout de force — et j'en profite pour pratiquer une injection d'éther. L'enfant qui déjà respirait assez bien revient alors tout à fait à lui, parle, s'intéresse à ce qui se passe autour de lui, prend du café avec plaisir, et je me retire croyant le péril conjuré. Une demi-heure après, on revient me chercher ; les mêmes accidents se sont reproduits et, malgré tous mes efforts, le petit malade succombe vers dix heures. Je dois dire que dès le début des accidents j'avais observé une dilatation énorme des pupilles.

Que dois-je penser? Faut-il incriminer l'antipyrine qui a été absorbée à la dose totale de 40 centigram. environ, répartie par cuillerées dans l'espace de sept heures? La dose me paraît pourtant bien faible et tout à fait en rapport avec les indications fournies par toutes les posologies. S'agirait-il d'un de ces cas foudroyants comme on en a cités dans l'épidémie actuelle ?

Dr X.

Il est tout à fait invraisemblable que cette dose d'antipyrine soit la cause de ce collapsus pulmonaire. On a observé plusieurs fois, il y a deux ans et cette année, des cas de bronchoplégie grippale tuant un malade en quelques heures et, bien que l'influenza soit en général plutôt bénigne chez les enfants, il peut bien arriver qu'elle en tue comme elle fait des adultes et des vieillards.

P. L. G.

VARIÉTÉ

Où sont les Sauvages?....

« *Les maisons atteintes de la lèpre des murailles seront démolies, et leurs décombres emportés hors de la ville, dans un lieu impur,* » ordonnait la loi hébraïque.

A *Naples*, au moyen âge, les hardes, linges, meubles et tentures des appartements d'un tuberculeux étaient brûlés par la main de Justice !

Chez les *Peaux-Rouges* et les *Nègres* un village où la variole a sévi est détruit par le feu et abandonné ; et c'était peut-être le même sort qu'on faisait subir à ces villages lacustres, si péniblement bâtis sur pilotis, à la fin de l'âge de la pierre, et dont on trouve si souvent les débris calcinés au fond des lacs.

Et, de nos jours, de telles coutumes se perpétuent, et des misérables, qui, sous un ciel de feu dans des arroyos pestilentiels, ont si laborieusement édifié des milliers de cases les flambent, en cinq minutes, dans un seul intérêt d'hygiène.

N'ont-ils pas, en outre, ces sauvages, une merveilleuse intuition des causes de nos maladies en réduisant au strict nécessaire, même à rien les vêtements, colporteurs de germes morbides et dont l'excès ou le dénûment faussent plus souvent qu'ils ne les compensent les relations de notre corps avec les milieux ambiants.

Hygiénistes actifs en vivant de grains, de fruits, de poissons, de viandes calcinées, d'eaux bouillies.

Hygiénistes surtout en construisant des habitations si exiguës qu'ils ne s'y retirent que pour la nuit, chassés dehors tout le jour par l'étroitesse de leurs maisons, au centre desquelles, par surcroît, un foyer, plus souvent alimenté de bois vert que de bois sec, dégage des torrents de fumée que l'ouverture du faîte ne suffit pas à écouler au dehors. L'acide pyroligneux, les essences volatiles, les distillations goudronneuses, chaque jour, entretiennent dans ces paillottes la désinfection idéale : c'est l'étuve elle-même habitée.

Et quelle sélection durant l'enfance ! La procréation prodigieuse empêche qu'on donne, aux petits, ces mille soins, qui en sauvent tant, d'origine marqués pour périr, laissant ainsi la perpétuation d'un si grand nombre de familles à la

merci d'un éphémère avorton. Là, nul soin, tout nus, les plus forts assomment les autres, et les parents s'en consolent dans leur inépuisable fécondité.

Les os de leurs pères et de leurs mères sont leur patrie; tout leur est Dieu; pour eux, l'enfance se prolonge tout le long de la vie qu'ils passent à se battre, à chasser, à faire de la musique et des danses.

Et, sur l'Esplanade des Invalides, le badaud parisien s'esclaffe en les traitant de sauvages, et en leur tendant des lapins crus!

Mais, de quel droit cette épithète?.. Ont-ils donc inventé les poêles à combustion lente, les disques qui laissent passer les trains, la tuberculine berlinoise, le rond de cuir et le Mont-de-Piété? Cubent-ils donc l'air qu'ils respirent, frappent-ils d'impôt les portes ouvertes au soleil, et n'a-t-on pas encore, chez eux, le droit de dormir à la belle étoile plutôt qu'en prison?

D'ailleurs, ils ont le suffrage universel, et, s'ils n'ont pas de fonctionnaires, c'est qu'il n'y a pas de fonctions à occuper en dehors de celles de Chef, de Ministre de la Religion et de médecin.

Un ingénieux et spirituel confrère, le docteur Tison, a lancé, il y deux ans, au congrès de la tuberculose, un mot qui a fait fortune. Il a infligé à l'habitat urbain, réalisé par notre architecture des propriétaires, le terme de *Troglodytisme moderne*. Encore, ce terme est-il calomnieux pour nos ancêtres des grottes préhistoriques, en ce sens qu'une seule famille le plus souvent habitait la même grotte, tandis que, de nos jours, à Paris, les maisons à trois et quatre cents locataires ne sont pas rares. Dans les grottes, l'épaisseur d'une montagne séparait les voisins; en grande ville, c'est une brique creuse; autrefois, un torrent bondissait devant l'entrée de la caverne; aujourd'hui un égout descend de tous les étages et stagne dans les fondations. Les grottes sont chaudes l'hiver et fraîches l'été; c'est le contraire des maisons.

Troglodytisme moderne.... Quelle belle conférence à faire sur ce mot! Les Sociétés d'hygiène de tous les pays devraient s'unir pour dédier une médaille d'honneur au médecin qui l'a trouvé.

Et, qu'est la question de l'habitation à côté de celle du vêtement et du boire et du manger!

De même que la houille a remplacé le bois; le gaz remplace la houille, et le pétrole le gaz, en attendant qu'on trouve un moyen chimique de se chauffer; de même, la viande, — et quelle viande! — a détrôné le pain; l'eau-de-vie, le vin; l'alcool, l'eau-de-vie. Dans cette course vertigineuse, désorientée, la boussole folle, le manomètre inutile, développant des 4 et 500 atmosphères, appliquant le kilogrammètre à ses propres muscles, et les milliampères à son cerveau, l'homme, — est-ce encore l'homme? — devenu d'acier, comme son siècle, se consume dans la fournaise comme le damné des verreries, à souffler de chatoyantes ampoules, mais qui sont creuses et de verre.... Il en fait des glaces aussi, ces mensonges des choses, et des flacons pour ses poisons, et des bombes pour ses explosifs; et, tel qu'un gavroche qui partirait en guerre avec un sabre de fer blanc, il clame dans les journaux, où trois pages de mensonges payés s'étalent à côté d'une page de vérités.... relatives: — c'est moi qui ai inventé la civilisation!

Il y aurait un beau plébiscite à faire en demandant, sur ce sujet l'opinion des notables de tous les peuples. A cette question: — « Qu'avez-vous gagné à la civilisation? » Le Péruvien répondrait: l'égorgement et le pillage — ; le Sioux: l'ivrognerie — ; le Guyannais: la variole — ; le Canaque: la lèpre — ; le Tahitien: la phtisie — ; l'Arabe: les impôts — ; le Nègre: la traite —. Le Canadien dirait: on nous a exterminé nos phoques et nos baleines; l'Africain: nos autruches — ; l'Indien: nos éléphants —. Tous: Nous y avons perdu la paix, l'indépendance, la santé, la moralité. Il est vrai que nous y avons gagné l'armurerie et la quincaillerie européennes! »

« Civilisation », c'est comme la langue d'*Esope*, à la fois ce qu'il y a de meilleur et ce qu'il y a de pire; mais, pour Dieu! tant que cela n'aura pas changé, si nous n'envions pas le Toucouleur ou le Cynghalais, du moins respectons-le en ne le traitant pas de *sauvage*! A certains égards, il est plus heureux et vaut mieux que nous; et, craignons, s'il ne comprend pas la portée de l'insulte, que la philosophie, sa naturelle interprète, ne réponde pour lui:

« Avec plus de raison, nous aurions le dessus,

« Si mes confrères savaient peindre. »

D[r] E. Pineau (d'Oléron.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Projet de loi pour la protection de la santé publique

Article premier. — Lorsque le mauvais état sanitaire d'une commune nécessite des travaux d'assainissement ou lorsqu'une commune n'est pas pourvue d'eau potable de bonne qualité, en quantité suffisante pour les besoins de ses habitants, le préfet invite le conseil départemental d'hygiène à délibérer sur l'utilité et la nature des travaux jugés nécessaires.

En cas d'avis contraire à l'exécution de ces travaux, le préfet transmet la délibération du conseil au ministre de l'intérieur, qui, s'il le juge à propos, soumet la question au comité consultatif d'hygiène publique de France.

Sur l'avis conforme du conseil départemental d'hygiène ou du comité consultatif d'hygiène publique, le préfet met la commune en demeure de procéder aux travaux.

Si le conseil municipal n'a pris, dans le délai de trois mois à partir de ladite mise en demeure, aucune mesure en vue de l'exécution des travaux, ou s'il est devenu manifeste qu'il se refuse à leur exécution, ces travaux sont ordonnés par le gouvernement et la dépense pourra être mise intégralement à la charge de la commune, dans les conditions de la loi du 16 septembre 1807.

Le conseil général statue dans les conditions prévues par l'article 46 de la loi du 10 août 1871, sur la participation du département aux dépenses spécifiées ci-dessus.

Art. 2. — Lorsqu'un immeuble, bâti ou non, attenant ou non à la voie publique, est dangereux pour la santé des occupants ou des voisins, le maire invite la commission sanitaire prévue à l'article 13 de la présente loi à délibérer sur l'utilité et la nature des travaux jugés nécessaires.

En cas d'avis contraire à l'exécution de ces travaux, le maire transmet la délibération de la commission au préfet qui, s'il le juge à propos, soumet la question au conseil départemental d'hygiène.

Sur l'avis conforme de la commission sanitaire ou du conseil départemental d'hygiène, le maire, dans un délai de huit jours, à partir de la notification qui

lui a été faite de cet avis, met le propriétaire ou l'usufruitier en demeure d'exécuter les travaux.

Un délai qui ne peut être moindre de deux mois est accordé pour commencer les travaux. Pendant ce délai, un recours est ouvert au propriétaire ou à l'usufruitier devant le juge de paix du canton de la situation de l'immeuble. Ce recours est suspensif.

Le juge de paix statue dans un délai d'un mois à partir du dépôt de la requête au greffe.

S'il prescrit les travaux, il impartit au requérant un délai pour commencer les travaux. A l'expiration de ce délai, s'il n'y a pas un commencement d'exécution, le contrevenant est poursuivi devant le tribunal correctionnel qui autorise le maire, à défaut de l'intéressé, à faire exécuter les travaux d'office et aux frais du propriétaire ou de l'usufruitier, sans préjudice des amendes, restitution et dommages-intérêts auxquels le contrevenant pourra être condamné, conformément aux articles 471, paragraphe 15 du Code pénal et 161 du Code d'instruction criminelle.

La dépense résultant de l'exécution des travaux sera prélevée par privilège et préférence sur les revenus de l'immeuble, dans les conditions du paragraphe 5 de l'article 2103 du Code civil.

Le délai de deux mois ci-dessus étant expiré sans qu'il y ait eu commencement d'exécution des travaux, ni recours de la part du propriétaire ou de l'usufruitier, le contrevenant est traduit devant le juge de paix qui, à défaut de l'intéressé, autorise le maire à faire exécuter les travaux d'office aux frais du propriétaire ou de l'usufruitier. En même temps le juge de paix fait application, s'il y a lieu, au contrevenant des articles 471 du Code pénal et 611 du Code d'instruction criminelle.

Si l'assainissement d'une maison est déclaré impossible par la commission sanitaire ou le conseil départemental d'hygiène, le maire interdit l'habitation, sauf recours devant le juge de paix dans les conditions ci-dessus spécifiées.

En cas d'urgence, c'est-à-dire en cas d'épidémie ou d'autre danger imminent pour la santé publique, le préfet peut ordonner l'exécution provisoire de la décision du maire, tous droits réservés.

Art. 3. — Lorsque l'insalubrité est le résultat de causes extérieures et permanentes, ou lorsque les causes d'insalubrité ne peuvent être détruites que par des travaux d'ensemble, la commune peut acquérir, suivant les formes et après l'accomplissement des formalités prescrites par la loi du 3 mai 1881, la totalité des propriétés comprises dans le périmètre des travaux.

Les portions de ces propriétés qui, après l'assainissement opéré, resteraient en dehors des alignements arrêtés par les nouvelles constructions, pourront être revendues aux enchères publiques, sans que, dans ce cas, les anciens propriétaires ou leurs ayants droit puissent demander l'application des articles 60 et 61 de la loi du 3 mai 1841.

Art. 4. — Aucune habitation ne peut être construite sans un permis du maire constatant que, dans le projet qui lui a été soumis, les conditions de salubrité prescrites par le règlement sanitaire prévu à l'article 9 ont été observées.

Aucune habitation nouvellement construite ne peut être occupée qu'après autorisation délivrée par le maire sur le rapport du service sanitaire et constatant que les prescriptions réglementaires ont été observées.

Art. 5. — Lorsqu'un puits, un puisard, un égout, une fosse à purin non étanche, un réservoir naturel ou artificiel constitue un danger pour la santé publique, il est procédé, pour son assainissement ou sa suppression, comme à l'article 2.

Art. 6. — Quiconque, par négligence ou incurie, dégradera des ouvrages publics ou communaux destinés à recevoir ou à conduire des eaux d'alimentation ; quiconque par négligence ou incurie, laissera introduire des matières excrémentitielles ou toute autre matière susceptible de nuire à la salubrité publique dans l'eau des sources, des fontaines, des puits, des citernes, des conduites, des aqueducs, des réservoirs d'eau servant à l'alimentation publique, sera puni des peines portées aux articles 479 et 480 du Code pénal.

Tout acte volontaire de même nature sera puni des peines de l'article 257 du Code pénal.

Art. 7. — La déclaration à l'Assistance publique de tous cas de maladie épidémique est obligatoire dans un délai de vingt-quatre heures pour tout docteur, officier de santé ou sage-femme qui en a constaté l'existence, ou à défaut par le chef de famille, ou les personnes qui soignent le malade.

La liste de ces maladies est dressée par arrêté du ministre de l'intérieur, sur avis conforme de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France.

Art. 8. — La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie, la revaccination au cours de la dixième et de la vingt et unième année.

Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure.

Art. 9. — Dans toute commune, le maire est tenu de prendre un arrêté portant règlement sanitaire. Ce règlement comprend les mesures propres à protéger la santé publique, notamment en ce qui concerne la prophylaxie des maladies endémiques et des maladies épidémiques, la salubrité des habitations et des agglomérations.

Ledit règlement est approuvé par le préfet, après avis du conseil d'hygiène du département.

Si, dans le délai d'un an à partir de la promulgation de la présente loi, une commune n'a pas de règlement sanitaire, il lui en sera imposé un d'office par un arrêté du préfet, le conseil d'hygiène entendu.

Dans le cas où plusieurs communes auraient fait connaître leur volonté de s'associer, conformément à la loi du 22 mars 1890, pour l'exécution des mesures sanitaires, elles pourront arrêter un même règlement qui leur sera rendu applicable suivant les formes prévues dans ladite loi.

Art. 10. — Lorsqu'une épidémie, quelles que soient sa nature et son origine, menace le territoire de la République ou s'y développe et que les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, il est procédé conformément aux paragraphes 2 et 3 de l'article 1er de la loi du 3 mars 1822.

Art. 11. — Le comité consultatif d'hygiène publique de France délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique, l'exercice de la médecine et de la pharmacie ou les eaux minérales sur lesquelles il est consulté par le gouvernement.

Il est nécessairement consulté sur les travaux publics, soit d'amenée d'eau d'alimentation, soit d'assainissement.

Art. 12. — Le conseil d'hygiène de chaque département ou les commissions sanitaires doivent être consultées sur les objets énumérés à l'article 9 du décret du 18 décembre 1848, lorsque ces objets ont un intérêt départemental ou communal, sur l'alimentation en eau potable des agglomérations, sur la statistique démographique et la géographie médicale, sur les règlements sanitaires communaux, et généralement sur toutes les questions intéressant la santé publique dans les limites de leurs circonscriptions respectives.

Art. 13. — Dans chaque département le conseil général, après avis du conseil d'hygiène départemental, délibère dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 sur l'organisation du service de l'hygiène publique dans le département, notamment sur la subdivision du département en circonscriptions sanitaires pourvues chacune d'une commission sanitaire ; sur la composition, le mode de fonctionnement, la publication des travaux et les dépenses du conseil et des commissions sanitaires ; sur la valeur des jetons de présence et les frais de déplacement de leurs membres.

A défaut de délibération du conseil général sur

les objets prévus au paragraphe précédent, ou en cas de suspension de la délibération, en exécution de l'article 49 de la loi du 10 août 1871, il pourra être pourvu à la réglementation du service par un arrêté rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

Art. 14. — Les dépenses résultant de la délibération du conseil général ou du décret prévu par l'article 13, sont assimilés aux dépenses classées sous les paragraphes 1er à 4 de l'article 60 de la loi du 10 août 1871.

Art. 15. — Des règlements d'administration publique, rendus après avis du comité consultatif d'hygiène publique de France, détermineront :

Le mode de déclaration des maladies épidémiques prescrite par l'article 7 ;

La procédure nécessitée par l'application de l'article 8 ;

Les modifications qu'il y aurait lieu d'apporter au décret du 8 mars 1887 pour assurer la surveillance et l'exécution des mesures sanitaires. Les conditions d'exécution des travaux d'assainissement seront déterminées par un décret rendu en conseil d'Etat chaque fois que le gouvernement aura à faire usage du paragraphe 2 de l'article 1er.

Art. 16. — Quiconque aura commis une contravention aux prescriptions de l'article 8 ou de l'article 9, ou aux décisions administratives régulièrement prises en vertu de l'article 2, de l'article 10 ou de l'article 15, sera puni des peines portées aux articles 479 et 480 du Code pénal.

La peine de l'emprisonnement sera toujours prononcée pour récidive contre les personnes et dans les cas mentionnés aux articles de la présente loi visés dans le précédent paragraphe.

Art. 17. — L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par la présente loi.

Il est également applicable aux infractions punies des peines correctionnelles par la loi du 3 mars 1882.

Art. 18. — La loi du 13 avril 1850 est abrogée.

Sont également abrogées les dispositions des lois antérieures en ce qu'elles auraient de contraire à la présente loi.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat du département de la Vienne

RÈGLEMENT RELATIF A L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

I. — Dispositions générales.

Article premier.

Un service gratuit d'assistance médicale et pharmaceutique pour les indigents est établi dans le département de la Vienne.

Ce service, qui a pour but de faire donner gratuitement aux indigents les secours de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie et de l'art des accouchements, profitera, à toutes les communes du département qui contribueront à la dépense dans les conditions spécifiées plus loin.

Les médecins et sages-femmes, chargés du service de l'assistance publique, devront également propager la pratique des vaccinations et revaccinations.

Art. 2.

Tous les médecins, pharmaciens et sages-femmes qui auront donné leur adhésion au présent règlement, seront appelés à donner leurs soins aux indigents malades, chacun suivant ses attributions.

Art. 3.

Le budget de ce service se compose de fonds votés par les communes intéressées, qui devront s'imposer de 1 fr. 25 par tête d'indigent porté sur les listes qui seront dressées tous les ans dans chaque commune, et en outre d'une somme égale votée par le Conseil général, sans que cette dernière puisse dépasser le crédit annuellement inscrit à cet effet au budget départemental.

Art. 4.

Les fonds de ces deux provenances constituent le budget de l'assistance médicale et pharmaceutique dans le département. Ce budget ne pourra en aucun cas être dépassé. Une réduction proportionnelle sera faite, à la fin de chaque année, sur l'ensemble des notes, dans le cas où leur montant serait supérieur à celui des crédits alloués pour l'année.

Art. 5.

Au fur et à mesure de l'adhésion d'une commune à l'assistance médicale, le département versera dans la caisse du service une somme égale au contingent de cette commune conformément à l'article 3.

Quel que soit le chiffre des dépenses de l'année, cette somme sera définitivement acquise au service, et, s'il y a lieu, l'excédent sera porté sur l'année suivante.

II. — Etablissement des listes d'indigents.

Art. 6.

La liste des personnes indigentes auxquelles le traitement gratuit devra être accordé sera dressée, au mois de mars de chaque année, dans chaque commune qui fera partie du service médical.

Les inscriptions sont individuelles.

Art. 7.

Cette liste sera établie par une Commission composée :

1° Du maire, président, ou de son délégué légal ;

2° De trois conseillers municipaux désignés par le Conseil municipal ;

3° D'un membre du bureau de bienfaisance désigné par le Préfet, ou, si la commune ne possède pas de bureau de bienfaisance, d'un membre pris parmi les contribuables de la commune et désigné par le Préfet;

4° De 2 médecins habitant le chef-lieu de la commune ou des 2 médecins les plus voisins du chef-lieu. — Dans le cas où il y aurait plus de 2 médecins habitant la commune, les 2 médecins qui feront partie de la Commission seront désignés par leurs confrères de la commune.

5° Du pharmacien habitant le chef-lieu de la commune ou, s'il n'y en a pas, du pharmacien le plus voisin. Dans le cas où il y aurait plusieurs pharmaciens habitant le chef-lieu de la commune, ce sera celui qui comptera le plus d'années d'exercice dans la commune qui fera partie de la Commission.

Il en serait de même si, à défaut de pharmaciens habitant le chef-lieu de la commune, plusieurs pharmaciens situés à une même distance de ce chef-lieu se trouvaient en concurrence.

La voix du président, en cas de partage égal du nombre des votants, est prépondérante.

Les pouvoirs de cette Commission auront la même durée que celle des Conseils municipaux.

Art. 8.

La liste de gratuité, dressée en double expédition, sera soumise, dans la session de mai, au Conseil municipal, qui pourra proposer les modifications qu'il jugera convenables. Elle sera transmise, ensuite, avec la délibération du Conseil municipal, à la Préfecture. La liste sera définitivement arrêtée par le Préfet qui pourra la réduire, non l'accroître. Elle sera ensuite retournée au Conseil municipal qui votera les fonds.

Les listes seront établies d'après des modèles imprimés, et devront indiquer le montant des contributions de chaque indigent, d'après les renseignements fournis par le ou les percepteurs.

Art. 9.

Les médecins, pharmaciens et sages-femmes pourront toujours faire prendre copie des listes de gratuité.

Art. 10.

L'association des communes, dans le but d'assurer l'assistance médicale aux pauvres ayant un caractère de mutualité, chaque année, dans la session ordinaire de mai, les Conseils municipaux voteront les sommes que les communes devront affecter, l'année suivante, au service médical.

Les fonds provenant de ces votes seront versés dans la caisse du percepteur et centralisés à la trésorerie générale.

III. — Service médical.

Art. 11.

Tous les médecins, pharmaciens et sages-femmes qui auront adhéré au service médical pourront être appelés par les malades indigents au choix de ces derniers.

Art. 12.

Le service sera fait au moyen de billets de visite, détachés d'un livre à souche, délivrés soit par le maire, soit par son délégué, et indiquant le nom de l'indigent et la distance kilométrique de son domicile à celui du médecin le plus proche. Ces billets ne devront être délivrés que dans le cas où l'indigent ne peut se rendre au domicile du médecin.

Art. 13.

Sur la production de ces billets, les médecins et sages-femmes donneront aux malades les soins relevant de leur profession.

Toutefois, dans les cas urgents, ils pourront être appelés directement par le malade ou sa famille ; mais le billet de visite devra être remis au médecin dans les vingt-quatre heures.

Art. 14.

Au bas de chaque billet (un seul suffit pour le cours de la maladie), les médecins et sages-femmes établiront le mémoire détaillé de leurs honoraires, d'après le tarif annexé (1).

Art. 15.

Chaque indigent inscrit sera muni d'une feuille, délivrée par le maire. Il la conservera à son domicile, et le médecin mentionnera sur cette feuille ses visites et ses prescriptions médicamenteuses.

Ces feuilles serviront à la vérification des mémoires présentés à la Commission de vérification. Elles seront remises, après guérison, aux maires, qui en délivreront de nouvelles, et conserveront les anciennes pour les envoyer à la Préfecture, en même temps que les billets de visite qui leur seront remis par les médecins.

Art. 16.

Les médicaments nécessaires aux indigents seront fournis par tous les pharmaciens qui accepteront le tarif annexé au présent règlement. Ils pourront l'être par les médecins, en se conformant aux lois et règlements en vigueur.

Ce tarif ne pourra être revisé que tous les trois ans.

Art. 17.

Il ne pourra être délivré d'autres médicaments que ceux inscrits au tarif tel qu'il est annexé au règlement, sauf cas exceptionnels et sur ordonnance motivée.

Les spécialités et les eaux minérales ne pourront en aucun cas être mises à la charge du service.

Art. 18.

Les pharmaciens présenteront les ordonnances à l'appui de leurs mémoires, lesquels seront établis d'après les prix inscrits au tarif.

(1) Voir ce tarif à la suite du procès-verbal de la session extraordinaire.

Art. 19.

Tous les médecins peuvent être demandés par les indigents inscrits sur les listes de gratuité ; mais comme l'indemnité à laquelle ils auront droit est calculée, dans tous les cas, d'après la distance du domicile de l'indigent à celui du médecin le plus voisin, ils pourront refuser leur concours quand leur confrère ne sera pas dans l'impossibilité de soigner le malade qui les a demandés.

Art. 20.

Les sages-femmes sont chargées du service des accouchements. Le médecin ne pourra être appelé que sur la demande de la sage-femme qui aura constaté la nécessité de sa présence.

Art. 21.

Lorsque, d'après des constatations du médecin, un malade ne pourra être soigné à domicile et devra être transporté à l'hospice de sa circonscription, l'admission de ce malade dans ledit établissement ne sera autorisée que sur le vu d'une délibération du Conseil municipal votant tout ou partie de la somme nécessaire pour subvenir aux frais de son séjour dans cet hospice, en dehors de la cotisation fournie par la commune, conformément à l'article 3.

En particulier, ce transport du malade devra avoir lieu, autant que possible, pour toutes les opérations chirurgicales.

IV. — Comptabilité.

Art. 22.

Tous les ans, dans le mois de janvier, les médecins, pharmaciens et sages-femmes devront, sous peine de déchéance de leurs droits, remettre aux Maires, qui les transmettront immédiatement à la préfecture, les billets de visite et les ordonnances relatives à l'année écoulée.

Ces pièces seront accompagnées d'un bordereau récapitulatif établi conformément au tarif adopté.

Les médecins qui délivreront des médicaments dans les conditions prévues à l'art. 16, produiront deux mémoires. Sur l'un, ils porteront exclusivement leurs visites ; sur l'autre, les médicaments qu'ils auront fournis.

Art. 23.

Une Commission centrale de vérification, composée de quatre docteurs en médecine et de deux pharmaciens de 1re classe, présidée par un délégué de l'Administration, sera chargée, au chef-lieu du département, de reviser les mémoires des médecins, pharmaciens et sages-femmes, et, en cas d'insuffisance de crédit, de procéder à une réduction proportionnelle.

Nul mémoire ne sera payé avant que la Commission n'ait terminé son travail de revision et sans son approbation.

Art. 24.

Les membres de la Commission de vérification sont nommés par le Préfet, pour trois ans. Ils sont pris :

1° Sur une liste de huit noms, proposée par les médecins à la suite d'un vote, sous pli cacheté, auquel peuvent prendre part tous les médecins du département qui veulent bien collaborer au service médical ;

2° Sur une liste de quatre noms proposée par les pharmaciens dans les mêmes conditions.

Art. 25.

Le prix des visites médicales est fixé ainsi qu'il suit :

1 franc par visite, plus 50 centimes par kilomètre (sans retour), la distance kilométrique étant celle du domicile du médecin le plus voisin de celui de l'indigent.

Les petites opérations sont comprises dans le

prix des visites et ne donnent droit à aucune rémunération.

Le prix des opérations que le médecin aura dû faire d'urgence sera fixé par la Commission de vérification.

Le prix des visites de nuit est double de celui des visites de jour.

Les consultations sont gratuites.

Le tarif des médicaments sera celui annexé au présent règlement avec cette clause que les notes de médicaments établies d'après ce tarif subiront une réduction de 20 % pour les médecins et de 30 % pour les pharmaciens.

Art. 26.

La rétribution allouée aux sages-femmes est de cinq francs pour chaque accouchement y compris les soins à donner à l'accouchée.

V. — Renseignements généraux.

Art. 27.

Les médecins qui seront chargés de soigner les indigents devront signaler à M. le Préfet, dès leur début, tous les commencements de maladies épidémiques qu'ils auront reconnues.

Art. 28.

La commission de vérification, à la suite de son travail, adressera tous les ans à M. le Préfet, président du Conseil central d'hygiène, un résumé statistique sur le nombre et la nature des diverses affections qui auront été traitées par le service de l'assistance médicale dans le département.

Ce rapport insistera d'une manière spéciale sur les maladies épidémiques qui auront pu exister dans le courant de l'année.

Certifié conforme aux délibérations du Conseil général.

Poitiers, le 15 octobre 1888.

Le Préfet de la Vienne,

G. Cleiftie.

REPORTAGE MÉDICAL

La maison des étudiants à Paris. — L'Association générale des étudiants a tenu la semaine dernière trois assemblées générales. Depuis sa reconnaissance d'utilité publique, l'Association a formé le projet de *construire un hôtel*, dont elle fût propriétaire, à l'instar de l'hôtel des étudiants de Montpellier. C'est dans ce but que le bureau de l'Association a convoqué, à différentes reprises, tous ses membres, dans un des amphithéâtres de l'Ecole de médecine. La discussion devait avoir lieu sur trois articles concernant l'utilité de la construction d'un hôtel, l'acquisition d'un terrain, et les moyens de réalisation pratique du projet. La première assemblée ayant à peine suffi à la discussion de la première question, les étudiants se sont réunis de nouveau dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne. Il a été décidé que l'hôtel serait élevé sur un terrain déjà choisi, situé dans le quartier des Ecoles et embrassant une superficie de deux mille mètres carrés. D'autre part, on s'est occupé des frais nécessaires à la construction de l'immeuble. Il y a environ trois mois, M. Guillaume, architecte, a proposé à l'Association de faire dresser par les élèves architectes de l'Ecole des beaux-arts le plan d'un hôtel dont les frais devaient s'élever à la somme de neuf cent mille francs. Après une discussion très animée, l'assemblée a résolu de confier à M. Debrie, architecte, le projet de construction d'immeubles qui seraient composés de trois parties successivement construites à mesure que le fonds de réserve dont dispose actuellement l'Association augmenterait. Enfin, on a voté un premier emprunt de trois cent mille francs.

(*Progrès médical.*)

— Le *Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissements* est constitué de la manière suivante, pour l'année 1892 : Président M. Chouppe ; secrétaire adjoint, M. Cayla. MM. Brouardel, Lannelongue, Cornil, Th. Roussel, Goujon, Chevandier (de la Drôme), David, Thorel et Gibert, membres honoraires. MM. Chevallereau, Richer, Detray, Desnos, le Coin, Genesteix, Berthod, Tournay, Polaillon, Tolédano, Tripet, Barbulée, Socquet, Vétault, Célièrcs, Naulin, Lebouc, Michel, de Bosia, Putel, Bezançon, Allard, membres titulaires.

Le président du Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissements de Paris avait déposé, en cette qualité, une plainte en exercice illégal de la médecine contre une demoiselle Schikelé, se disant Dr Verneuil, et exerçant illégalement la médecine à Boulogne-sur-Seine. L'affaire vient d'avoir son dénouement devant la 10e Chambre correctionnelle. La demoiselle Schikelé (en fuite) a été condamnée par défaut pour exercice illégal de la médecine, usurpation de titres, etc., à *un an de prison* et 500 francs d'amende.

— *Exercice illégal de la pharmacie par une sage-femme.* — La Cour d'appel de Paris, infirmant un jugement rendu précédemment par la dixième Chambre du Tribunal civil de la Seine, a jugé que :

Commet le délit d'exercice illégal de la pharmacie la sage-femme qui détient à son domicile divers produits pharmaceutiques, contenus dans des bocaux entamés et qui ne lui ont pas été délivrés en exécution de prescriptions médicales régulières.

En vain alléguerait-elle, pour expliquer la détention de ces substances, qu'elle les employait pour les soins réclamés par ses pensionnaires, la distribution et la vente de ces médicaments, dont le prix entrait évidemment dans la rémunération reçue par elle, étant contraires aux prescriptions de la loi et au droit privatif dont jouissent les pharmaciens régulièrement établis.

La sage-femme dont il s'agit a été, en conséquence, condamnée à 500 fr. d'amende pour exercice illégal de la pharmacie ; à 200 fr. de dommages-intérêts envers le pharmacien qui s'était porté partie civile ; enfin, aux dépens.

Ce jugement a été rendu sur appel interjeté par la Société de prévoyance et Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine.

— *Hôpitaux de Paris.* — Le concours de l'internat s'est terminé le 25 janvier, par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — 1. Pauchet, Guépin, Banzet, Navarro, Houzé, Ripault, Touche, Marmasse, Dufour, Lantzenberg.

11. Chapt, Meslay, Meunier, Chrétien, Launay, Danseux, Jacquinct, Mirallié, Martin, Gallet-Duplessis.

21. Brunsivie, Picou, Sourdille, Riche, Bois, Demanthé, Dutournier, Marie (Auguste), Vatel.

31. Perregaux, Sergent, Schwaab, Kahn, Auvray, Savariaud, Brindeau, Thomas, Marie (René), Bodin.

41. Piquet, Fournier, Manzin-Bocquet, Duvivier, Mignot, Saguet, Zuber, Lemariey, Frey, Thévenard.

51. Delanglade, Jorand, Landowski, Marion, Ferrier, Longuet, Flœrsheim, Raffray, Fauriac.

Internes provisoires. — 1. Wintrebert, Macé, Dujon, Hobbs, Collinet, Baudet, Petit, Martinalb, Diaz, Isidor.

11. Auclair, Arrizabalaya, Flandre, Levi, Bollet, Jeannin, Lombard, Binot, Beaussenat, Josué.

21. Tariel, Ouvry, Lenormand, Apert, Gasne, Maupaté, Emerit, Prieur, Escat (Jean), Gellé.

31. Magdelaine, Meize, Bellot, Gesland, Noir, Fauchon, Villeplée, Codet, Lacour, Schweissith, Baillet.

41. Benoit, Plicot, Batigné, Berthelin, Haury, Levet, Larsonneur, Boncour, Chéron, Coulon.

51. Papillon, Courtey, Vaudremer, Condamy, Monbouyran, Bouchacourt, Le Juge de Segrais, Luton, Mouchet, Sainton.

61. Chauvel, Ranglaret, Mesnil, Escat (Étienne), Chabry, Schmid.

— Samedi dernier, un banquet plein de cordialité réunissait, chez Marguery, les amis et les élèves de notre aimable collègue M. le Dr Gustave Richelot, chirurgien de l'hôpital Tenon, agrégé à la Faculté, et rédacteur en chef de l'*Union médicale*, à l'occasion de sa promotion dans la Légion d'honneur. Des toasts pleins d'esprit et de cordialité ont été portés au héros de la soirée par ses amis, M. le professeur Grancher et M. le Dr P. Segond ; par son élève, M. Morestin, interne des hôpitaux. M. Richelot a répondu avec un tact et une élégance de parole très remarquables.

— Les membres de l'*Association médicale mutuelle* du département de la Seine sont convoqués à l'assemblée générale dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, le dimanche 14 février 1892, à deux heures et demie très précises.

Ordre du jour :

1° Vote pour l'admission définitive des adhérents depuis la dernière assemblée générale ; 2° Allocution du président ; 3° Compte rendu du secrétaire général ; 4° Compte rendu financier ; 5° Élections.

NÉCROLOGIE

Nous avons le chagrin d'annoncer la mort d'un de nos plus sympathiques collaborateurs bénévoles, le docteur *Maurel* (de Paris). Notre regretté confrère, qui laisse les meilleurs souvenirs à tous ceux qui l'ont connu, aimait à se délasser des fatigues d'une pratique qui avait été des plus actives par la publication de notes médicales concises, où se reflétait sa longue expérience. Nous nous associons bien vivement au deuil de son fils, M. Pierre Maurel, interne des hôpitaux.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

3684. — M. le Dr Guyard, de Malesherbes (Loiret), membre du syndicat de Pithiviers ;

3685. — M. le Dr Bachelier, de Saintes (Charente-Inférieure), présenté par M. le Directeur ;

3686. — M. le Dr Chachereau, de Nantes (Loire-Inférieure), membre de l'Association des médecins de France.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine

4, rue Antoine-Dubois, 4

Libraire-éditeur du « **Concours médical** », la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

La *Société d'Editions scientifiques*, établie sur les bases de la **Mutualité**, a pour principe de partager par moitié, entre les Auteurs et elle, *tout bénéfice* résultant de la vente des ouvrages.

Viennent de paraître :

I. **L'Assistance maritime des enfants** et les **hôpitaux marins**, par le docteur Charles Leroux médecin en chef du dispensaire Furtado-Heine, secrétaire de l'œuvre nationale des hôpitaux marins. Préface de M. le Professeur Verneuil, grand in-8° illustré de nombreuses photogravures. Prix : 10 fr., net 8 fr. franco pour MM. les membres du Concours médical.

EXTRAIT DE LA TABLE DES MATIÈRES.

1re partie. La scrofule, la tuberculose, le rachitisme, la dépopulation de la France, la régénération par la mer.

2e partie. Les hôpitaux marins. Organisation et fonctionnement, résultats thérapeutiques. Distinction entre les enfants infirmes et malades et les enfants valides ; hôpitaux marins et sanatoriums marins.

Le professeur Verneuil termine ainsi la préface de ce livre si remarquable et dans lequel nos confrères trouveront tous les renseignements utiles : « Je termine en me félicitant de compter parmi mes disciples et amis l'auteur d'une œuvre si **éminemment utile** et profondément humanitaire. »

II. **Les secours publics en cas d'accidents**, par le Dr Albin Rousselet. In-8° de 110 pages. Prix 3 fr. 50.

III. **Guide pratique des exercices physiques, hygiène et résultats**, par le Dr Roblot, chevalier de la Légion d'honneur. In-8 de 60 pages, avec gravures intercalées dans le texte. Prix : 2 fr. 50.

TABLE DES MATIÈRES.

Chapitre I. Indications des exercices physiques et conditions d'utilité. — Chapitre II. Pratique des exercices physiques. — Chapitre III. Résultats des exercices physiques. — Chapitre IV. Constatation des résultats des exercices physiques, boxe anglaise, escrime, *vélocipédie*, etc., etc.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

L'élection de M. Lannelongue.

M. le professeur *Lannelongue* est élu *Président général de l'Association.* Au nom du Concours médical, nous lui souhaitons la bienvenue et nous lui adressons nos sincères félicitations. Nous avons le ferme espoir que le renouvellement de la présidence sera le début d'une ère nouvelle dans l'évolution de l'Association générale. Nous souhaitons que cette évolution se fasse dans le sens que nous avons souvent indiqué : le développement des œuvres de prévoyance, sans préjudice de celles de la bienfaisance confraternelle.

L'autorité morale du Président, s'il consent à l'exercer dans sa plénitude, lui permettra de signaler son règne par des innovations de haute portée. Nous souhaitons que, bientôt, les présidents des Sociétés locales puissent trouver dans les œuvres d'une Société active, prévoyante, des arguments topiques et convaincants pour la propagande de l'Association auprès de tant de médecins qui n'en font pas partie. Que les œuvres de prévoyance soient esquissées et alors, pour les développer, on ne trouvera plus la résistance qu'une augmentation de cotisation aurait rencontrée jusqu'ici. Le Concours et les Syndicats seront les plus fermes soutiens de toutes ces tentatives généreuses.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

Nouvelle méthode de posologie pour dosage duodécimal des médicaments toxiques.

M. *E. Trouette*, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux de Paris, a soumis à l'Académie de médecine un mémoire d'un intérêt pratique incontestable qui nous engage à le reproduire in-extenso :

« L'introduction récente dans la thérapeutique des différents alcaloïdes et d'un certain nombre de substances tirées du règne végétal et du règne minéral a été la source d'un grand nombre d'erreurs et d'accidents mortels.

Le degré de toxicité de ces différentes substances étant très variable, il en résulte, dans l'esprit du médecin, une confusion inévitable, qui le place constamment dans cette alternative : de prescrire des doses ou inefficaces, ou dangereuses, nulle mémoire humaine n'étant assez fidèle pour ne pas se perdre au milieu de tous ces chiffres millésimaux et centésimaux.

Il serait donc extrêmement important pour les médecins et pour les malades, d'avoir une nouvelle méthode de posologie qui supprimerait ces difficultés, méthode basée sur un fractionnement rationnel de la dose maximum qui peut être donnée à un adulte dans les vingt-quatre heures.

En employant cette méthode, il n'y a plus à redouter ni les erreurs de chiffres, ni les défaillances de mémoire, et les médecins y trouveront les avantages suivants :

1° Les intoxications accidentelles ne seront plus à redouter du fait du praticien ;

2° Les médicaments dangereux pourront être donnés d'emblée à une dose efficace, sans le moindre risque.

Je reviendrai tout à l'heure sur ces deux points. J'expliquerai tout d'abord le mécanisme de la méthode que je propose.

Je prends, pour être plus clair, l'exemple de la

digitaline. Au moment de prescrire cette substance on peut ne pas se rappeler exactement la dose maximum en milligrammes qui peut être donnée à un adulte dans les vingt-quatre heures ; [illegible] pour prescrire il faut être bien sûr de sa [illegible] milligramme et demi, et d'emblée la dose [illegible] spécifier qu'il s'agit de la digitaline encore [illegible]formique amorphe du Codex, car il existe d'autres digitalines, la digitaline cristallisée du Codex par exemple qui ne saurait être prescrite sans danger au delà de 1 milligramme. Ajoutez que, si le médecin ne spécifie rien, le pharmacien devra délivrer la digitaline chloroformique amorphe du Codex. Par suite de cette situation, qu'arrivera-t-il ? de peur de donner une dose toxique, on risque de donner une dose inefficace.

Tous les médecins savent, en effet, qu'il faut, pour obtenir une action rapide et énergique, côtoyer souvent la dose toxique ; il est cependant impossible d'avoir recours à son formulaire chaque fois que l'on aura besoin de prescrire un médicament dangereux ; la même hésitation se renouvellera à chaque prescription d'une substance très active, à moins de se cantonner dans l'usage de quelques médicaments dont on a une habitude journalière.

Avec la méthode que je propose, tous les médicaments dangereux devront être dosés de telle manière que, quel que soit le degré de toxicité du médicament, la dose maximum à donner à un adulte dans les vingt-quatre heures soit exactement divisée en 12 doses, que ces doses soient sous forme de cachets, pilules, granules, capsules, pastilles, etc. ; par exemple : la dose maximum de digitaline chloroformique amorphe du Codex étant de 1 milligramme et demi, les granules devront être rigoureusement dosés de telle façon que chaque granule devra contenir le douzième de cette dose maximum de 1 milligramme et demi, les 12 granules ensemble contenant donc au total 1 milligramme et demi. Pour la digitaline cristallisée du Codex, dont la dose maximum en vingt-quatre heures est de 1 milligramme, chaque granule devra contenir le douzième de 1 milligramme, de telle sorte que, si le médecin veut prescrire la dose maximum à répartir dans les vingt-quatre heures, il prescrira 1 granule toutes les deux heures ou 2 granules toutes les quatre heures, ou 3 granules toutes les six heures, etc. Si l'on veut donner d'emblée la dose maximum, dans certains cas urgents que le médecin pourra seul apprécier suivant le malade ou la maladie, on pourra aller jusqu'à prescrire les 12 granules à prendre en une seule fois.

Il n'y aura donc aucun inconvénient à la substitution volontaire ou involontaire d'une digitaline à l'autre ; chacune étant dosée proportionnellement à son activité, et au douzième de la dose maximum, représente donc toujours la même action.

Le médecin n'aura donc plus à faire aucun effort de mémoire pour se rappeler le maximum de tel ou tel médicament : il n'aura qu'à se rappeler le chiffre 12, *duodecim.*

Pourquoi ce fractionnement par 12, plutôt que par 10 ou par 24 : je le choisis uniquement parce qu'il est le plus conforme aux habitudes médicales actuelles et le plus facile à suivre sans erreur par le malade, le médecin prescrivant ordinairement de prendre telle dose de médicament ou toutes les deux heures, ou toutes les heures de la journée en tenant compte du repos de la nuit ; il peut aussi prescrire, suivant les indications de la maladie, une dose plus forte toutes les quatre heures, toutes les six heures, ou aller jusqu'à la dose entière de 12, à prendre en une, en deux ou trois fois par jour : tous ces nombres divisent exactement le nombre 12, et ne permettent pas de prendre plus de 12 doses dans les vingt-quatre heures, sans avoir besoin de faire à son malade la recommandation formelle de ne pas dépasser 12 doses, ce qui pourrait faire entrer inutilement le doute ou la peur dans son esprit.

La division par 24 eût pu paraître aussi rationnelle, mais elle présente l'inconvénient de forcer à prendre trop de pilules, granules ou cachets lorsqu'on veut donner le maximum de la dose en peu de fois.

Je rejette la division par 10, qui présente le grave inconvénient et le danger de pouvoir laisser prendre au malade plus de la dose maximum en vingt-quatre heures : si on lui dit de prendre un granule toutes les deux heures par exemple, il dépassera de deux unités la dose maximum, de même pour 2 granules toutes les quatre heures, etc. ; il faut alors lui recommander de ne pas prendre plus de 10 doses dans les vingt-quatre heures, ce qui conduit à des efforts de mémoire et à des recommandations d'autant plus inutiles qu'au point de vue de la pratique il est aussi facile au pharmacien, avec son pilulier par exemple, de diviser exactement une masse pilulaire en 12 qu'en 10 parties égales.

J'adopte donc le nombre 12, parce que 12 se prête à toutes les combinaisons citées plus haut. Quoi de plus simple, si l'on veut donner la dose maximum en vingt-quatre heures, de prescrire 1 granule toutes les deux heures ? Veut-on donner la moitié, le tiers, ou le quart de la dose maximum, s'il s'agit d'un enfant ou pour toute autre cause, on donnera 1 granule toutes les quatre heures, toutes les six heures ou toutes les huit heures.

Le fractionnement par 12 a l'avantage de se plier à toutes les combinaisons sans effort de calcul, sans la possibilité d'une seule faute de mémoire.

De plus, la confusion d'un alcaloïde amorphe avec un alcaloïde cristallisé, d'un extrait mou avec un extrait sec, d'un extrait aqueux avec un extrait alcoolique, n'offre plus d'inconvénients ; je dirai plus : la confusion d'un médicament avec un autre, que cette confusion provienne d'une erreur du médecin, du pharmacien ou du malade, cette confusion n'offre plus aucun danger et ne peut donner lieu à aucun empoisonnement, chaque dose, granule, pilule, cachet, etc., contenant toujours le douzième de la dose maximum, quel que soit le médicament, c'est le chiffre 12, le nombre d'heures du jour, qui est la clef de ma méthode.

Il n'est pas besoin d'insister plus longtemps sur une méthode de médication si simple qu'on peut se demander comment elle n'a pas été employée plus tôt. La raison en est sans doute que la pharmacopée ancienne n'offrait guère aux médecins que des médicaments à employer à des doses relativement fortes, et plus ou moins fidèles, tandis que depuis quelques années la découverte de nombreuses substances très actives et qui doivent être administrées à des doses extrêmement petites impose une nouvelle méthode de posologie.

En résumé, la médication que j'appellerai par

douzième ou médication duodécimale, consiste en ceci : fractionner la dose reconnue comme maximum des médicaments en douze parties égales, qu'il s'agisse d'en faire des prises, des granules, pilules, cachets, capsules, pastilles ou toute autre forme pharmaceutique.

Après ce simple exposé il devient évident que :

1° Les intoxications accidentelles ne seront plus à redouter ; il peut arriver au médecin le plus consciencieux d'avoir un défaut de mémoire ou de commettre un *lapsus calami*. Avec la méthode duodécimale, l'erreur est impossible : on n'a qu'à se rappeler le nombre 12, quel que soit le médicament à prendre.

2° La prescription des médicaments très actifs devient efficace sans pouvoir être dangereuse ; d'emblée on peut prescrire la dose maximum, demi-dose, tiers de dose ou quart de dose, suivant l'effet à produire, l'âge et le tempérament du malade.

La dose maximum et par suite le fractionnement étant basé sur les expériences des cliniciens et des physiologistes les plus autorisés, il en résulte une grande sécurité pour le médecin qui désire agir vite et énergiquement.

Je terminerai cette note en rappelant que la méthode que je propose ne doit être surtout recommandée que pour les médicaments très énergiques et qui peuvent être rapidement dangereux, et qu'elle ne saurait entraver en rien l'art de formuler.

Ajoutons que le fractionnement par 12 de la dose maximum est opéré quel que soit le degré de toxicité du médicament.

Le chiffre 12 représente la dose maximum pour un adulte ; mais il ne faut pas oublier que cette dose varie suivant l'âge, le sexe, l'habitude, la tolérance, la période de la maladie, et une foule d'autres circonstances que nous ne pouvons indiquer, mais que le praticien sait apprécier à propos. Par rapport à l'âge, il n'est pas inutile de transcrire ici la table de Gaubius, en l'adaptant à la méthode duodécimale :

Pour un adulte la dose entière, soit 12 doses duodécimales.

Jusqu'à deux ans, 1/12 de la dose entière, soit 1 dose duodécimale.

A trois ans, 1/6 de la dose entière, soit 2 doses duodécimales.

A quatre ans, 1/4 de la dose entière, soit 3 doses duodécimales.

A sept ans, 1/3 de la dose entière, soit 4 doses duodécimales.

A quatorze ans, 1/2 de la dose entière, soit 6 doses duodécimales.

A vingt ans, 2/3 de la dose entière, soit 8 doses duodécimales.

De vingt à soixante ans, 1 de la dose entière, soit 12 doses duodécimales.

Au-dessus de cet âge on suivra la gradation inverse.

Revaccination

M. *Hervieux* a lu à l'Académie un travail portant sur ces deux points : *à quelle période de la vie convient-il de revacciner* et faut-il *revacciner ceux qui portent des cicatrices de vaccine ou de variole* ? En voici les conclusions :

1° Les revaccinations doivent être pratiquées la première à dix ans, la seconde à vingt ans, et les revaccinations en masse dans les régions menacées ou envahies par une épidémie variolique ;

2° Nul ne pourra exciper des cicatrices vaccinales ou varioliques, plus ou moins accentuées, pour se soustraire aux prescriptions des autorités civiles ou militaires.

Prophylaxie de la grippe par l'huile de morue et par l'antisepsie bucco-pharyngienne.

M. *Ollivier* pense que la cause prédisposante de la grippe la moins contestée étant l'action du froid humide, il est donc bon de tout faire pour s'en défendre et pour atteindre ce but, s'alimenter substantiellement, éviter le surmenage, sortir le moins possible la nuit, boire quelques boissons toniques chaudes. Mais ces moyens sont insuffisants quand il s'agit des débilités, des tuberculeux, des cardiaques, c'est-à-dire de ceux que la grippe frappe le plus souvent et le plus gravement. En attendant qu'on possède un agent spécifique de la grippe, il y a un médicament dont l'utilité paraît sérieuse à M. Ollivier, c'est l'huile de foie de morue.

Dans l'épidémie de 1890, il en a fait prendre, d'une façon régulière à 30 enfants ; aucun n'a eu la grippe, contrairement à leurs frères et sœurs qui ne prenaient pas d'huile de foie de morue. Il a fait des observations analogues chez un bon nombre d'adultes et de vieillards.

Il y a une douzaine d'années on vit à Paris des cas de grippe assez nombreux et assez graves, et l'huile de foie de morue donna à M. Ollivier à cette époque de bons résultats, comme actuellement.

Dans l'épidémie actuelle, il n'a eu, jusqu'à présent, qu'un seul cas de grippe chez les malades mis systématiquement à l'huile de foie de morue. Celui qui a été pris était un tuberculeux chez lequel, du reste, la grippe était assez bénigne.

Voici comment M. Ollivier administre l'huile de morue comme agent préventif : Aux enfants de 1 à 4 cuillerées à café d'huile, chez les adultes et les vieillards, 2 ou 3 cuillerées à soupe. Prendre l'huile au milieu du premier déjeuner ; l'huile de foie de morue est bien supportée ainsi et ne provoque ni dégoût, ni vomissements.

L'huile de foie de morue exerce une action tonique puissante sur l'organisme et lui permet de se mieux défendre contre le froid humide.

M. *Vallin* pense, lui, que parmi les moyens prophylactiques applicables à toutes les maladies infectieuses en général, et à la grippe en particulier, il en est un bien simple et d'une réelle efficacité : c'est l'antisepsie de la bouche et du fond de la gorge.

La bouche et la gorge sont le réceptacle des germes morbides qui, le plus souvent, avalés et digérés, sont sans inconvénient aucun, mais qui, sous l'influence d'une érosion, d'une débilitation de l'organisme, peuvent devenir l'origine d'une infection générale.

Tel est le cas pour le micro-organisme de la diphtérie, que l'on rencontre fréquemment, à l'état atténué tout au moins, dans la bouche d'enfants, d'ailleurs parfaitement sains, ainsi que l'ont montré MM. Roux et Yersin. Tel est également le cas pour le pneumocoque, ainsi que l'a montré M. Netter.

Comme ces micro-organismes — auxquels on peut joindre les microbes de l'érysipèle, de la pyohémie et probablement de la grippe, — habitent la bouche et le fond de la gorge, on comprend que l'antisepsie de la bouche soit un excel-

lent moyen prophylactique pour toutes ces affections, en général, et pour la grippe en particulier.

Cette antisepsie est bien plus indiquée encore lorsque la grippe est déclarée.

L'antisepsie de la bouche s'obtient facilement ; il suffit de lavages, que l'on répète deux fois par jour, avec de l'eau contenant de la teinture de canello, de l'essence de citron ou du naphtol.

Recherches expérimentales sur l'action antifermentative et microbicide de l'antipyrine.

MM. *Cazeneuve* et *Visbeck* ont communiqué à la Société de médecine de Lyon, une étude importante sur ce sujet. L'antipyrine, à côté de ses effets antipyrétiques et nervins, semble présenter aussi des propriétés, soit antiseptiques, soit antifermentatives. Ce côté de l'action possible de l'antipyrine a été très négligé par les divers expérimentateurs. Quelques recherches méritent cependant d'être signalées. MM. Brouardel et Loye reconnaissent que l'antipyrine entrave la germination des graines, retarde la fermentation alcoolique, empêche le sang de se putréfier, ralentit la destruction du sucre dans le sang (1). MM. Lépine et Porteret concluent d'expériences physiologiques avec l'antipyrine que cette dernière retarde la combustion du glucose dans les capillaires. Ils généralisent leurs essais et trouvent que d'autres antipyrétiques, l'acétanilide, le salicylate de soude ont la même action. MM. Lépine et Barral reconnaissent également que l'antipyrine ralentit *in vitro* la destruction du glucose dans le sang (2). M. Huchard, en 1885, a reconnu que l'antipyrine ajoutée au sang était antiputride ; expérience également faite par MM. Brouardel et Loye.

Ces expériences évidemment indicatrices étaient incomplètes. La fermentation lactique, la fermentation ammoniacale des urines, sont-elles également entravées par l'antipyrine ? L'antipyrine a-t-elle une action sur les ferments solubles diastasiques ? Est-elle plus active à l'égard de telle fermentation qu'à l'égard de telle autre ? Toutes questions dignes d'intérêt.

L'antipyrine administrée à des doses de 6 et 8 gr. par jour chez des malades alimentés ou à la diète, peut avoir sur les ferments solubles, pepsine, diastase pancréatique, etc., une action spéciale. De plus, en dehors de l'action sur les microbes, elle peut agir chimiquement sur les produits sécrétés, toxalbumines ou autres, et modifier les propriétés physiologiques de ces substances. Enfin, elle peut être spécifique à l'endroit de certaines fermentations.

Reprenant l'étude de la fermentation alcoolique, MM. Cazeneuve et Visbecq trouvent qu'à très faibles doses, l'antipyrine ralentit cette fermentation. A la dose de 5 % elle ne l'arrête pas complètement. Par contre, on verra d'autres fermentations entravées complètement à cette dose-là.

La fermentation lactique est ralentie par des doses de 0,005 d'antipyrine %. Le ralentissement est proportionnel à la dose d'antipyrine suivant une courbe régulière. A 5 %, il n'y a pas arrêt complet.

La fermentation ammoniacale des urines est retardée avec une dose de 0,50 % d'antipyrine ; à 1, 2, 3 et 4 % le retard dans l'hydratation de l'urée est considérable. A 5 % le phénomène d'hydratation est totalement arrêté.

Reprenant les expériences de leurs prédécesseurs sur la putréfaction du sang, MM. Cazeneuve et Visbecq trouvent que 0,50 d'antipyrine ajoutés à 100 cent. cubes de sang, dilué de 10 fois son poids d'eau, retarde considérablement la putréfaction. Avec 1 % d'antipyrine on retarde indéfiniment la putréfaction. Ce fait a une grande importance, car il prouve que l'antipyrine agit beaucoup plus activement sur les microbes de la putréfaction que sur les ferments alcoolique, lactique ou ammoniacal de l'urine.

Enfin, sur les ferments solubles l'antipyrine agit d'une façon remarquable. Elle ralentit l'action de l'amylose sur l'empois d'amidon, et cela proportionnellement aux doses. A 10 gr. toutefois, l'action suspensive n'est pas complète. Il faut atteindre une dose de 30 à 40 0/0 d'antipyrine pour obtenir l'annihilation de la saccharification diastasique. L'action dédoublante de la synaptase des amandes douces vis-à-vis de l'amygdaline est ralentie par l'antipyrine. Instantanée dans les conditions ordinaires, elle demande 24 heures en présence de 10 0/0 d'antipyrine pour exercer son action qui n'est pas cependant complète après ce laps de temps.

Cette action de l'antipyrine sur deux ferments solubles tirés du régime végétal, MM. Cazeneuve et Visbecq l'ont abordée à propos de l'action digestive de la pepsine *in vitro*. C'est ainsi qu'à la dose de 0,50 0/0 l'antipyrine ralentit la liquéfaction de la fibrine. Avec des doses progressivement plus fortes, le ralentissement suit une courbe ascendante régulière. A 10 0/0 l'antipyrine permet un commencement de liquéfaction, accusable par l'acide azotique dans le liquide filtré. A 40 0/0 on arrive à arrêter complètement l'action de la pepsine. Peut-être même l'action annihilante est-elle inférieure à cette dose, ce qui demanderait de nouveaux essais.

On ne peut pas invoquer ici, et ces réflexions s'appliquent également à la fermentation alcoolique, l'alcalinité de l'antipyrine. Cette dernière est une base très faible, sans action sur le tournesol, l'orangé Poirier, etc. Ses affinités la rendent comparable à l'urée. Elle n'agit donc pas sur les digestions *in vitro* en saturant l'acide chlorhydrique. Son action sur les phénomènes de dédoublement dus aux ferments solubles, reste pour le moment sans explication précise. On ne peut qu'émettre des hypothèses et invoquer des combinaisons moléculaires, soit avec les diastases, soit avec la matière fermentescible.

Dans tous les cas, un fait chimique, absolument nouveau dans l'histoire des diastases, est l'arrêt complet et total de leur action chimique par l'antipyrine à certaines doses, sans qu'on puisse invoquer une action chimique décomposante de cet agent vis-à-vis du ferment ou de la matière fermentescible : ce qui est le cas pour les autres agents chimiques expérimentés jusqu'à ce jour.

Des indications pratiques semblent découler des expériences précitées. Dans les cystites purulentes, les uréthrites, les otites purulentes, les injections dans les cavités malades infectées, de solutions d'antipyrine à 5 et 10 0/0 et même au-delà, paraissent devoir être tentées. Grande so-

(1) Société de biologie (1885) et Académie de médecine (1887).

(2) *Arch. de méd. expér.* (1890), Thèse de Barral sur le sucre dans le sang, Faculté de méd. de Lyon (1891).

lubilité dans l'eau, absence de causticité, action analgésique, action antiseptique énergique à ces doses, sont autant de conditions favorables qui doivent tenter le thérapeutiste.

Quant à l'action sur la digestion peptique, les résultats obtenus confirment ce que l'on savait déjà, c'est-à-dire que l'antipyrine doit être administrée avec les stimulants ordinaires de l'estomac. Suivant toute probabilité, certaines fermentations gastriques anormales, lactique ou autres, doivent être heureusement modifiées par l'antipyrine.

Ce sont là des vues de l'esprit que les auteurs soumettent aux cliniciens. Mais on conviendra que l'étude de l'action de l'antipyrine vis-à-vis des toxalbumines sécrétées par certains microbes pathogénes, mérite d'être méthodiquement poursuivie.

M. *Clément* considère que le travail précité est gros de conséquences cliniques, car ce qu'il a vu lui-même en clinique confirme les divers points formulés par M. Cazeneuve. Tous les états infectieux, toutes les maladies fébriles sont modifiés par l'antipyrine, à l'exception pourtant d'une seule, la fièvre intermittente, où l'on n'obtient qu'un résultat incertain. Et de même que dans les expériences de M. Cazeneuve, avec quelques centigrammes du médicament, on enraye un peu le processus, puis, si on élève les doses, on obtient une action d'arrêt ; de même en clinique on obtient cette action d'arrêt ; mais il faut pour cela au moins 8 grammes par jour d'antipyrine : c'est la dose nécessaire. M. Clément a sûrement observé cette action d'arrêt dans l'érysipèle ; il croit l'avoir observée également dans la pneumonie, mais ici c'est plus difficile à démontrer. Pour la fièvre typhoïde, M. Clément est de plus en plus satisfait de l'emploi de ce médicament, car les faits sont de plus en plus confirmatifs.

Enfin, M. Clément a observé ce fait important : c'est que l'action antiseptique de l'antipyrine s'exerce, alors que par son mode d'administration elle a traversé le foie. C'est ainsi que par la voie sous-cutanée, par les injections hypodermiques, l'action antipyrétique de ce médicament est nulle ou du moins très faible. C'est par la bouche ou le rectum qu'il convient surtout de l'administrer.

REVUE DE CHIRURGIE

Symptômes, diagnostic et traitement des accidents des hernies.

I

L'évolution rapide qu'a faite la chirurgie dans ces dernières années a permis une hardiesse opératoire dont a bénéficié l'étude des hernies et de leurs accidents.

La cure radicale, qui était repoussée il y a quelques années par tous les chirurgiens, tend à entrer dans la pratique chirurgicale, les opérations déjà nombreuses faites tant en France qu'à l'étranger ont permis de mieux connaître la constitution anatomique des sacs herniaires, leurs variétés et le contenu de ces sacs.

En outre, la bactériologie a marqué son empreinte dans cette question ; l'étude du liquide du sac dans la hernie étranglée, ébauchée par Nepveu, sous l'inspiration de Verneuil, il y a plus de vingt ans, a été reprise récemment : elle a permis de faire un pas de plus dans la connaissance des accidents graves des hernies.

Toutes ces acquisitions nouvelles viennent d'être magistralement exposées dans le Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus (sixième volume), par M. le Dr P. Berger. Il en a tiré toutes les déductions qui en découlaient pour l'exposé des symptômes du diagnostic et du traitement des accidents herniaires, aussi ferons-nous un large emprunt à ces pages.

II

L'accident le plus grave des hernies est l'étranglement dont la définition donnée par Gosselin est restée classique. « L'étranglement des entérocèles et des entéro-épiplocèles, a dit Gosselin, est la constriction plus ou moins forte de l'intestin, dans un trajet herniaire, constricture, gangrène. La circulation sanguine arrête le cours des matières intestinales, apporte un obstacle invincible ou passager à la réduction et semble menacer, si elle persiste, de se terminer par une perforation ou une gangrène. »

Les hernies s'étranglent presque toujours à l'occasion d'un effort qui les fait sortir et brusquement augmenter de volume.

Quelquefois la hernie s'étrangle au moment même où elle se produit ; plus fréquemment, elle existait depuis un certain temps, était habituellement réduite et maintenue par un bandage quand, sous l'influence d'un effort, l'intestin descend dans le sac et s'y étrangle. Parfois la hernie, réductible au moins en partie, mais mal contenue, augmente de volume et on voit apparaître tous les accidents de l'étranglement. Enfin il s'agit, dans un dernier ordre de faits, de hernies depuis longtemps irréductibles, mais qui déterminaient seulement de la gêne et un certain degré d'infirmité quand progressivement évolue tout le cortège des symptômes qui caractérisent l'étranglement.

Dans les deux premiers ordres de faits l'invasion des accidents est brusque ; soudain la hernie fait issue, augmente de volume et le malade ressent une douleur locale et un malaise général. Il est pris, en même temps, de nausées, suivies de vomissements alimentaires et bilieux.

Dans ces deux derniers groupes, les accidents locaux et généraux se succèdent plus lentement et s'accroissent graduellement.

Quand l'étranglement est constitué, la hernie est tendue, rénitente, irréductible et douloureuse, mais, à la percussion, elle donne parfois, vers le pédicule surtout, un peu de sonorité: quant à la douleur, c'est au niveau du pédicule qu'elle est la plus appréciable.

Du côté du ventre, ce sont des coliques pendant lesquelles on voit les anses intestinales se dessiner au-dessous de la paroi. Ces douleurs sont plus vives et plus fréquentes dans la première période de l'étranglement.

Le ventre qui, au début, est plutôt rétracté *se ballonne*. Il existe d'abord un *état nauséeux* qui bientôt est suivi de *vomissements* alimentaires et muqueux, variables dans leur abondance et leur fréquence suivant la forme de l'étranglement. Puis apparaissent les vomissements *fécaloïdes* constitués par les matières que les mouvements antipéristaltiques de l'intestin ramènent dans l'estomac. La succession de ces phénomènes est plus ou moins rapide suivant les différents cas. A une période plus accusée les *vomissements* cessent pour faire place à *des hoquets* et *des régurgitations*.

La *suppression des garde-robes et des gaz rendus par l'anus* est pathognomonique : si dans certains cas on a signalé, peu de temps après l'étranglement, l'évacuation du bout inférieur de l'intestin, si parfois dans les cas de pincement latéral on a observé de la *diarrhée*, ce signe n'en conserve pas moins toute sa valeur. Aussi, dans l'interrogatoire du malade, doit-on s'efforcer de bien déterminer quand et dans quelles conditions le malade a été la dernière fois à la garde-robe et a rendu des gaz par l'anus.

L'état général est plus ou moins grave : au début il y a de la dépression des forces manifestées par de la petitesse du pouls et quelquefois par des tendances à la syncope. Cet état s'aggrave plus ou moins vite pour arriver à l'algidité.

Aujourd'hui, d'après M. Berger, les formes cliniques de l'étranglement doivent se réduire à deux : 1° la *forme aiguë*, celle des petites hernies ou des étranglements très serrés dont la marche est plus ou moins rapide et peut présenter comme phénomène prédominant tel ou tel groupe d'accidents du côté de l'intestin ou du système nerveux ; 2° la *forme chronique*, que l'on observe dans les hernies volumineuses pourvues d'un anneau large ; c'est dans ce groupe qu'on décrivait autrefois l'*engouement*. C'est en présence de ces sortes d'étranglements que l'on reculait devant l'opération, lorsqu'il existait un certain degré d'inflammation que l'on décrivait sous le nom de péritonite herniaire.

Aujourd'hui le cadre devient de plus en plus restreint, le devoir strict du chirurgien, en présence d'une hernie irréductible et présentant des phénomènes d'étranglement, est de ne point l'abandonner avant qu'elle ne soit rentrée sous peine d'assister à la terminaison ordinaire de l'étranglement : l'*anus contre nature spontané* avec toutes ses conséquences ou la mort par péritonite septique ou la péritonite par perforation.

III

Dans le diagnostic de l'étranglement herniaire on peut commettre deux sortes d'erreurs : croire à un étranglement herniaire qui n'existe pas ou méconnaître un étranglement qui existe.

On peut, en effet, avoir affaire à un hernieux qui présente des phénomènes fonctionnels et généraux ayant quelque analogie avec ceux de l'étranglement herniaire. L'examen attentif des régions crurales, inguinales, ombilicales, etc., permettra d'éviter cette erreur. Il suffit de songer aux cas classiques d'orchite dans un testicule en ectopie, de kyste du cordon enflammé, d'épiploon enflammé, de ganglion suppuré, pour en faire le diagnostic ; du reste, l'intervention chirurgicale ne présenterait dans ces cas aucun danger.

Plus fréquente et plus grave est l'erreur qui consiste à méconnaître un étranglement herniaire. Tels sont les cas de hernie étranglée pris pour des cas de choléra dans les temps d'épidémie. Lorsqu'on commet cette erreur, c'est le plus souvent que certains symptômes de l'étranglement manquent : tantôt, au lieu de constipation opiniâtre, existe, comme dans le pincement latéral, de la diarrhée ; tantôt la douleur et l'anxiété existent à peine ; parfois les sujets ne vomissent pas ou vomissent très tard, d'autres fois la hernie, petite, peut passer inaperçue ou bien n'être point douloureuse ; enfin le pédicule de la hernie peut ne pas paraître serré, quand on peut introduire le doigt entre lui et l'anneau : en pareil cas l'étranglement existe, mais il est constitué par le collet du sac.

En résumé, quand une hernie est le point de départ d'un accident sérieux, il faut redoubler d'attention au point de vue de l'examen et se préparer au traitement chirurgical, le diagnostic du contenu de la hernie étant aujourd'hui de peu d'importance.

IV

Si le traitement médical doit céder le pas à l'action chirurgicale, il est prudent cependant, dans certains cas déterminés, de temporiser pendant six, douze et même vingt-quatre heures. Certaines hernies volumineuses, notamment les hernies inguinales, se réduiront presque spontanément, sous l'influence d'un bain très chaud, longtemps prolongé. Les vessies de glace et, à leur défaut, des compresses trempées dans de l'eau froide et souvent renouvelées, constituent encore de bons moyens faciles à appliquer, dont le praticien ne se privera pas. Il n'est pas jusqu'aux purgatifs, qui, bien choisis et bien administrés, ne soient parfois de bons adjuvants : on repoussera les drastiques, qui sont dangereux, et même les purgatifs salins ; on leur préférera les purgatifs huileux, et notamment l'huile de ricin ; en règle générale il ne faut recourir aux purgatifs qu'avec une extrême prudence.

Cette pratique convient aux grosses hernies inguinales, à celles qu'on disait autrefois « engouées » ou « enflammées ». Est-il besoin de dire que, si elle ne donne aucun résultat immédiat, il faut s'empresser de l'abandonner, pour recourir à des moyens plus énergiques ?

C'est à dessein que nous limitons le traitement médical à ces indications sommaires, réservant la part la plus importante au traitement chirurgical. Ce dernier comporte deux grands procédés : le *taxis* et la *kélotomie*.

Beaucoup de chirurgiens, à l'heure actuelle, ne pratiquent plus le taxis. Ils estiment que l'étranglement herniaire est pour le chirurgien une occasion de débarrasser le malade de sa hernie en lui faisant, en même temps que la kélotomie, la cure radicale. Mais il faut tenir compte des circonstances. La kélotomie et la cure radicale sont des opérations bénignes par elles-mêmes, entre les mains d'un chirurgien rompu à ces interventions, dans un milieu hospitalier bien outillé pour l'antisepsie. Mais ailleurs elles peuvent ne plus être sans innocuité et, tandis que là elles doivent être la règle, ici elles doivent être une exception... Aussi pensons-nous que le taxis mérite toute l'attention du médecin et lui réservons-nous une place assez large.

A. *Taxis*. Pour être efficace, il doit être exécuté sous le chloroforme, poussé jusqu'à la résolution complète. On ne le pratiquera qu'au début, pendant le premier et le deuxième jour. Si le chirurgien arrive plus tard, il fera d'emblée la kéotolomie, surtout s'il s'agit d'une hernie crurale ou d'une hernie ombilicale. Les règles du taxis ont été dès longtemps posées par Gosselin. Le malade étant endormi et les muscles de la paroi abdominale relâchés, on saisit de la main gauche le pédicule de la hernie et de la droite on embrasse la tumeur, en exerçant sur elle une pression soutenue et graduée. On cherche à étirer le pédicule, comme pour le rendre plus

petit et favoriser son passage à travers l'orifice herniaire ; puis, immédiatement après, on le refoule et on essaye de le faire pénétrer dans l'abdomen. Ces tentatives sont renouvelées d'une façon méthodique : dans les cas heureux, on sent que la tumeur diminue peu à peu ; parfois même elle disparaît brusquement, en laissant à l'oreille l'impression d'un gargouillement. Dès lors le doigt peut être introduit dans le trajet herniaire ; on ne constate plus ni tension ni rénitence, même si, l'intestin ayant été réduit, l'épiploon reste adhérent aux parois du sac par suite d'adhérences anciennes. Le taxis forcé, le taxis prolongé d'Amussat, de même que le bout de caoutchouc de Maisonneuve, le sac de plomb de Lannelongue, doivent être proscrits aujourd'hui. Les tentatives de taxis n'ont pas besoin d'excéder quelques minutes : elles doivent être pratiquées dans une seule séance ; si elles ne réussissent pas, c'est à l'opération qu'il faudra avoir recours, sans tergiverser davantage. On évitera que l'existence d'un épiploon irréductible fasse méconnaître la réduction ou la hernie. Il est plus utile encore de ne pas méconnaître la persistance de l'étranglement, malgré une réduction apparente.

La pratique du taxis est parfois accompagnée de quelques accidents que nous nous contenterons d'énumérer : contusions et ecchymoses des téguments ; déchirure de l'intestin avec pénétration des matières intestinales dans le péritoine et développement d'une péritonite septique généralisée ; fausse réduction, avec persistance des accidents de l'étranglement après la réduction.

Les fausses réductions, qui constituent les accidents les plus graves du taxis, tiennent, soit à ce qu'une partie seulement de l'intestin a été repoussée dans l'abdomen, soit à ce que l'intestin hernié a été refoulé en masse dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, ou dans un diverticule du sac herniaire (hernie propéritonéale).

On conçoit les conséquences de pareils accidents au cours du taxis : les phénomènes de l'étranglement persistent, d'autant plus que le médecin, croyant à une réduction efficace, ne se prépare plus à intervenir ; les symptômes s'aggravent.... Quand l'attention est éveillée, il est trop tard.... Il est aisé de comprendre pourquoi la kélotomie, grâce à la méthode antiseptique, qui donne tant de sécurité, a détrôné le taxis.

B. *Kélotomie.*— C'est l'opération proprement dite de la hernie étranglée. Ses indications se sont accrues, son manuel opératoire s'est simplifié ; en outre, on peut la faire suivre de la cure radicale. Le degré plus ou moins avancé des lésions intestinales aggrave seul son pronostic.

Nous n'insisterons pas sur les précautions antiseptiques à prendre : l'opérateur et ses aides seront aseptiques ; la région sera rasée, lavée avec soin, d'abord au savon, puis avec une solution de sublimé à 1 pour 1000 ou une solution phéniquée à 5 pour 100.

Lorsque les circonstances le permettent, ou bien qu'il n'y a pas de contre-indications formelles, il sera bon d'administrer du chloroforme. Toutefois, si le praticien se trouvait isolé, s'il n'avait pas à sa disposition un nombre d'aides suffisant, il pourrait pratiquer l'opération sans anesthésie, ou bien recourir à la cocaïne, suivant la formule de M. Reclus. Malgré les méfaits qu'on lui a imputés, dans ces derniers temps, la cocaïne reste un agent anesthésique local précieux. On se servira d'une solution faible à 1 ou 2 pour 100, comme le recommande M. Reclus. Ce n'est qu'avec les solutions concentrées qu'on a des accidents. Les téguments étant saisis entre le pouce et l'index, au niveau de la tumeur herniaire, on enfoncera l'aiguille de la seringue de Pravaz obliquement, à travers le derme et, au fur et à mesure que l'aiguille pénétrera, on poussera le piston de la seringue ; en agissant ainsi, on fera une injection intra-dermique et non une injection sous-cutanée. C'est une condition requise pour obtenir une bonne anesthésie, sans avoir à craindre des accidents : un ou deux centigrammes au plus de cocaïne suffisent amplement. On est ainsi très éloigné des doses toxiques et nuisibles.

L'instrumentation de la kélotomie est simple : un bistouri ordinaire, un bistouri de Cooper, des ciseaux, une pince à disséquer, une pince à griffe, un stylet, une sonde cannelée, une dizaine de pinces hémostatiques, du fil de soie, une aiguille de Reverdin ou bien de petites aiguilles droites ou courbes suffisent pour répondre à toutes les indications. Pour les rendre aseptiques, le moyen le plus pratique consiste à les faire bouillir pendant un quart d'heure dans un récipient contenant soit de l'eau de source, soit une solution phéniquée à 2,5 pour 100.

L'opération comprend cinq temps :

1° *Incision des parties molles jusqu'au sac.* La tumeur herniaire étant bien immobilisée entre le pouce et l'index de la main gauche, on fait une incision franche de la peau, suivant le grand axe de la hernie, de façon à la dépasser légèrement à chacune de ses extrémités. Au-dessous de la peau, on trouve des couches celluleuses plus ou moins épaisses et nombreuses, parfois même des bourses séreuses, avec ou sans liquides, pouvant donner le change et faire croire un instant qu'on a ouvert le sac, alors qu'on en est encore assez éloigné. On arrive ainsi après plusieurs tâtonnements sur une enveloppe de couleur plus au moins foncée, tendue, rénitente, habituellement assez mince. Trélat recommandait de la mettre complètement à nu, en s'aidant de l'index qui parvient très aisément à l'isoler des couches cellulaires qui la recouvrent. Cette enveloppe *forme le sac.*

2° *Ouverture du sac.* Elle doit être faite avec précaution, pour éviter de léser l'intestin contenu dans son intérieur. Avec une pince à disséquer ou une pince à griffes, on saisit délicatement les parties les plus superficielles du sac et avec le bistouri on pratique un petit orifice à la partie du sac soulevée avec la pince. On saisit de nouveau le sac, toujours dans la même région et on pratique une nouvelle incision. Après plusieurs tentatives de ce genre, on voit s'écouler un liquide séro-sanguinolent, de couleur rougeâtre : c'est le liquide du sac. Avec deux pinces hémostatiques, on prend les deux lèvres de l'incision, et l'on complète cette dernière à l'aide des ciseaux, guidés par le doigt, pour protéger l'intestin.

3° *Recherche de l'étranglement et débridement.* La première chose à faire, c'est de désinfecter le contenu du sac (épiploon ou intestin) avec une solution antiseptique de sublimé ou d'acide phénique. On attire l'intestin au dehors, avec douceur : il faut toujours craindre de produire une perforation. L'intestin est plus ou moins congestionné suivant la durée de l'étranglement et surtout suivant son degré d'étroitesse.

Le sillon d'étranglement sera l'objet d'un examen spécial. L'épiploon qui accompagne souvent l'intestin partage ses altérations ; on ne négligera pas son examen. Si les lésions intestinales ou épiploïques sont minimes, s'il n'y a pas de perforation, ou de gangrène, il faudra réduire l'intestin et, pour y arriver, débrider l'agent de l'étranglement. Or, ce dernier est différent, suivant la variété de hernie. S'agit-il d'une hernie crurale, l'intestin est étranglé par l'arête vive du ligament de Gimbernat, le collet du sac ne jouant aucun rôle actif. C'est donc sur l'arête vive qu'on fera porter les débridements qui seront multiples. On évitera de porter le bistouri directement en dedans ; on l'inclinera un peu en bas vers l'attache du ligament de Gimbernat à la crête pectinéale. On ne risque pas de léser ainsi les organes importants de la région, veine fémorale, cordon spermatique, artère épigastrique et aussi l'artère obturatrice en cas d'anomalie. Cependant, chez la femme, on pourrait débrider en haut du côté du canal inguinal, qui ne contient que le ligament rond.

Si l'on a affaire à une hernie inguinale, l'étranglement est produit par le collet du sac, au niveau du rétrécissement ou du diaphragme plus ou moins complet que présente le trajet inguinal. Les piliers ne provoquent jamais par eux-mêmes l'étranglement. Le lieu d'élection du débridement est en haut et en dehors : on évite ainsi l'artère épigastrique et le cordon spermatique. On ne se départira pas de la règle des *débridements multiples*.

La kélotomie dans la *hernie ombilicale* est plus rarement indiquée, mais la plus difficile à pratiquer, car, indépendamment de la minceur du sac, le siège de l'étranglement est essentiellement variable. Autrefois, on se préoccupait beaucoup du point où devait porter l'action du bistouri. Aujourd'hui, on débride là où l'on trouve le plus de commodité, sans s'inquiéter de la présence ou de l'absence de l'ouraque et de la veine ombilicale.

Quels que soit la hernie et le siège de l'étranglement, on glisse l'index sur le pédicule de la hernie, la pulpe du doigt dirigée du côté de l'agent de l'étranglement, en cherchant à insinuer l'ongle entre ce dernier et la partie serrée de l'intestin. Sur le doigt ainsi placé, on glisse le bistouri de Cooper, le tranchant dirigé du côté de l'arête vive ; son extrémité mousse prend la place de l'ongle ; on lui fait exécuter un léger mouvement de bascule, qui a pour effet de la dégager de l'intestin ou de l'épiploon herniés. On l'enfonce jusqu'à ce que le tranchant corresponde bien exactement à l'agent de l'étranglement. Il suffit de produire quelques mouvements de va et vient, quand l'instrument est bien affilé, pour opérer la section de la bride, du collet ou de l'arête vive. On déplace le bistouri de Cooper, sans le retirer, et l'on pratique de la même manière une série de débridements, jusqu'à ce que l'orifice paraisse assez large au doigt pour permettre la rentrée de la portion herniée. La section de l'agent de l'étranglement se traduit à l'oreille par des craquements très caractéristiques.

4e *Examen de l'intestin. Réduction.* Après le débridement, on attire au dehors l'intestin, on examine de nouveau la portion herniée si on la juge saine, on la nettoie avec une solution antiseptique et on la repousse dans l'abdomen avec le doigt.

La présence de l'épiploon est fréquente, surtout dans les hernies inguinales et ombilicales ; elle est loin d'être rare dans la hernie crurale. L'épiploon forme une masse volumineuse plus ou moins foncée et vascularisée, souvent adhérente au sac, présentant toujours un certain degré d'inflammation. Il pourrait y avoir danger à réduire un épiploon ainsi inflammé et on peut dire infecté. Aussi est-il indiqué de l'attirer au dehors du ventre, de le pédiculiser au delà du sillon d'étranglement et de le réséquer, après l'avoir lié solidement avec un fil de soie. Si le pédicule est trop volumineux, on fera une double ligature en chaîne. On ne saurait trop prendre de précautions pour assurer l'hémostase. Le pédicule sera touché avec une solution antiseptique et même cautérisé avec le thermo-cautère.

5e *Temps*. Il n'y a pas bien longtemps encore on se bornait à drainer et à faire quelques points de suture, pour refermer en partie la plaie.

Aujourd'hui, la cure radicale forme pour ainsi dire le complément obligé de la kélotomie ; on fait bénéficier le malade de son accident herniaire. Cette conduite est d'autant plus justifiée, que la cure radicale est très simple et ne complique pas l'opération. Il suffit, l'intestin et l'épiploon ayant été réintégrés dans l'abdomen, de saisir les lèvres du sac avec des pinces hémostatiques, de disséquer sa surface externe, de la débarrasser des couches celluleuses, qui l'entourent. Moins on laisse des couches celluleuses, et plus facile est la décortication du sac ; habituellement on ne rencontre d'obstacles que dans les hernies inguinales congénitales. Le cordon spermatique adhère d'une façon intime à la paroi du sac. Or il faut éviter à tout prix de blesser le canal déférent et surtout de le sectionner.

Il n'en est pas de même lorsque avec la hernie inguinale congénitale coexiste une ectopie testiculaire ; ici on peut être autorisé à sacrifier ce dernier et par suite son canal déférent : d'abord parce qu'il est inutile du fait de son ectopie ; ensuite parce qu'il gêne la dissection du sac et que sa conservation pourrait rendre infructueuse la tentative de cure radicale.

Quoi qu'il en soit, le sac, ayant été disséqué et bien lié, isolé jusque dans l'intérieur du trajet herniaire, est attiré en dehors autant qu'il est possible, sans exercer de violence. On le pédiculise aussi loin qu'on peut et on le lie solidement avec un fil de soie. En l'abandonnant à lui-même, on voit que le moignon rentre dans l'abdomen ; il n'est plus accessible à la vue ni même au doigt. — Ensuite, s'il s'agit du trajet inguinal, on fait des sutures profondes, pour lier ensemble le pilier et le tissu cellulaire ambiant et déterminer la formation d'une colonne cicatricielle résistante. S'il s'agit d'une hernie crurale, on suture les tissus aponévrotiques du canal crural, surtout au voisinage du ligament de Gimbernat; il faut éviter de blesser avec l'aiguille les vaisseaux fémoraux.

La conduite du chirurgien sera différente, si l'intestin est gangrené et perforé. On a proposé la résection de la portion mortifiée et la suture des deux bouts intestinaux ; mais l'entérorrhaphie n'a donné jusqu'ici que des résultats déplorables. De plus, elle est très difficile à exécuter d'une façon convenable. Il est plus simple de

jusqu'ici moins dangereux, d'attirer l'intestin mortifié au dehors, de l'ouvrir largement, en un mot de parer aux accidents immédiats de l'étranglement, par la création d'un anus contre nature. L'intestin sera fixé par une double rangée de points de suture aux lèvres de l'incision cutanée. On empêchera les matières intestinales de pénétrer dans le péritoine. Plus tard, quand les accidents auront disparu, on aura le loisir de tenter la fermeture de l'anus artificiel.

V

En résumé, le médecin, dès qu'il est appelé auprès d'un malade qui présente les signes d'un étranglement herniaire, doit se tenir prêt à intervenir chirurgicalement.

Si la hernie est ancienne, très volumineuse, si c'est une entéro-épiplocèle ayant perdu depuis longtemps droit de cité dans l'abdomen, si elle appartient à une personne âgée, si elle siège au niveau du canal inguinal ou dans la région ombilicale, il pourra attendre douze heures et au maximum 24 heures, et se borner à prescrire des bains, des applications de cataplasmes froids sur la tumeur herniaire, au besoin administrer un purgatif léger. Il pratiquera quelques séances de taxis ; mais, si ses efforts restent inutiles, si les vomissements persistent, si la suppression des gaz reste absolue, il n'hésitera pas intervenir, et il le fera, avec d'autant plus de raison, que souvent derrière ces grosses hernies se cache une anse intestinale très étroitement serrée.

En présence d'une hernie petite, tendue, très douloureuse, qui s'est étranglée au moment même où elle s'est produite, l'indication devient plus urgente encore. Après une séance de taxis, qu'on se gardera de prolonger, il faudra s'armer du bistouri.

La hernie crurale et certaines hernies inguinales d'origine congénitale ne comportent ni l'hésitation ni l'atermoiement.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Caisse de pensions du corps médical belge ;

Compte rendu de l'Assemblée générale tenue à l'Université de Bruxelles, le 15 octobre 1891.

Président, Dr J. De Wyndy ; Secrétaire, Dr Lintermans.

Rapport de M. le Dr Emile Martin, président du Comité-Directeur.

Messieurs,

Nous commencions notre rapport, l'an dernier, par l'expression d'un regret, en constatant la torpeur et l'indifférence d'une grande partie du Corps Médical.

Nous avions espéré qu'un pressant appel, lancé du sein de notre réunion, réussirait à galvaniser les masses et, pour atteindre ce but, nous avons frappé à toutes les portes : Nous avons fait appel au dévouement du Corps professoral, nous avons prié la presse professionnelle de nous aider de sa grande influence et de sa publicité, nous avons réclamé l'action morale de tous ceux dont la position privilégiée pouvait entraîner la foule apathique. Certes, nous avons rencontré de précieux auxiliaires, mais nous n'oserions affirmer que notre appel ait été entendu comme il devait l'être, ni dans le Corps enseignant, ni dans l'aristocratie médicale, ni même, chose incroyable, dans notre presse spéciale.

Est-ce donc une loi de notre pauvre nature, que les meilleures choses ne puissent s'établir qu'avec les plus grandes difficultés, et que celles-ci semblent se multiplier en raison directe de l'excellence de celles-là ? On serait tenté de le croire ! S'il en était autrement, ne verrions-nous pas, depuis longtemps, les noms de tous les membres de la famille médicale, sur les listes de la Caisse de pensions ?

Pour désolante que soit cette situation, elle n'est pas de nature à nous décourager et à diminuer notre foi en notre œuvre. Mais nous avons pour devoir d'en rechercher les causes, d'en scruter les mobiles et de les combattre, sans relâche, jusqu'au jour où l'affiliation à la Caisse de pensions sera le corollaire naturel de la possession d'un diplôme médical.

Et ce jour, Messieurs, n'est pas tant éloigné qu'on le pourrait penser, nous en verrons bientôt naître l'aurore ; car si les sentiments de haute confraternité ont été impuissants à en hâter la venue, il arrivera comme conséquence logique de la lutte chaque jour plus âpre et plus ingrate qu'entraîne la pléthore et l'exubérance de nos professions et, le dirais-je ? comme le seul moyen de leur conserver, au milieu des compromissions de toute nature, un minimum de respect et de considération sans lequel elles ne peuvent subsister.

Il faudra bien, alors que le moindre malade sera disputé par mille influences, alors qu'avec l'amoindrissement fatal de l'honoraire coïncidera la division non moins certaine de la clientèle, il faudra bien, je le répète, que le moins prévoyant et le moins généreux se gardent contre un avenir précaire et trouvent, dans leur égoïsme même, les moyens de s'assurer des ressources que ne pourront leur fournir les bénéfices avilis de leur profession.

C'est alors que les plus aveugles y verront assez pour comprendre ce dont des considérations d'un ordre plus élevé n'avaient pu les convaincre et qu'ils viendront demander à la Caisse de pensions la sécurité et le repos de leur vieillesse.

Ce n'est pas que beaucoup n'éprouvent quelque vague velléité de se joindre à nous, mais ils sont arrêtés par des considérations diverses.

L'un a souscrit une assurance sur la vie, et nous l'en approuvons bien fort. Mais nous avons souvent démontré que ce n'est pas là une raison de s'abstenir et qu'il y a un grand avantage à joindre, aux bénéfices de cette opération, ceux de la Caisse de pensions, qui s'achètent *incomparablement* moins cher, s'obtiennent du vivant de l'assuré, à un âge déterminé et même à tout âge, en cas d'incapacité absolue de travail, et qui suivent la veuve et les orphelins jusqu'à leur majorité. Si l'on considère ces nombreux avantages et l'exiguïté des primes que réclame la Caisse, l'hésitation n'est pas possible.

Un autre trouve dérisoire le taux de notre pension et s'abstient, ne s'apercevant pas que son abstention et celle de ses semblables sont la cause de ce taux peu élevé. Nous l'avons dit déjà, une tontine, comme la nôtre, ne peut donner tous ses résultats qu'à la condition de réunir un grand nombre d'adhérents et l'on peut dire que ces résultats sont en raison directe de ce nombre. C'est ainsi que nos pensions constitueraient une retraite suffisante et honorable, si

tous les membres du Corps Médical adhéraient à l'institution.

Un troisième voudrait opérer à coup sûr. Est-ce malice ou naïveté ? Il ne peut comprendre qu'en payant les sommes voulues avec les intérêts, fût-ce la veille de sa 61me année, il ne puisse jouir immédiatement de sa pension. On a beau lui expliquer que le paiement des arriérés constitue sa part dans le fonds social, dont il va jouir et qu'une Caisse de pensions n'est pas possible sans les aléas que chacun peut courir, que du reste les membres fondateurs s'y sont astreints, eux-mêmes, en renonçant à tout bénéfice pendant les 10 premières années. Rien n'y fait, ils renoncent ! et il y a là un obstacle si fréquent, que force sera peut-être, quelque jour, de chercher à l'atténuer.

Un autre encore voudrait que, le cas échéant, sa veuve eût une pension, n'importe les conditions de durée d'affiliation et de mariage, sans s'apercevoir que nos statuts ont poussé, à cet égard, la sollicitude bien autrement loin qu'aucune institution analogue.

Puis c'est un candidat qui nous fuit, ayant découvert qu'en telle ou telle occurrence son voisin pourrait être avantagé, ne se rendant pas compte qu'il en serait ainsi de lui-même, vis-à-vis de tel autre membre, et oubliant que la Caisse de pensions du Corps Médical Belge n'est pas basée sur l'unique donnée mathématique, mais donne, dans ses statuts, une large place aux sentiments de la solidarité confraternelle, sans lesquels elle n'aurait nulle raison d'être.

Enfin, l'un ne vient pas, parce que sa situation lui permet de se passer de cette ressource ; un autre, se dégageant de tout souci de corps, se rallie à cette noble devise : Chacun pour soi ! A ceux-là, il ne nous reste rien à dire.

Telles sont, avec bien d'autres encore, sans doute, les raisons que l'on oppose en général à l'affiliation, et bien que le Comité-Directeur se fasse un devoir de donner à chacun toutes les explications nécessaires, il n'arrive que trop souvent que ses efforts aillent échouer contre un parti pris qui n'a rien d'encourageant.

Nous ne saurions trop insister sur la nécessité, pour les nouveaux diplômés, de s'inscrire dès le début. C'est le seul moyen, pour eux, d'entrer dans l'institution sans nul sacrifice et de s'éviter plus tard de longs regrets

Mais quittons ce sujet, sur lequel nous aurons, je le crains, plus d'une fois à revenir, et commençons l'examen de notre situation.

Au 31 juillet 1890, fin de l'année sociale, le nombre des affiliés payants se trouvait être de..	487
Depuis lors, nous enregistrons 12 affiliations nouvelles..	12
Un pensionné a repris sa pratique........	1
Une pension facultative a été supprimée et son titulaire paie de nouveau sa cotisation.	1
Ce qui nous donne..................	501
affiliés payants.	
Sur ce nombre, 3 pensionnés cessant leur pratique, sont exonérés..................	3
Trois membres ont été frappés de radiation pour défaut prolongé de paiement..........	3
Onze affiliés pratiquants sont décédés.....	11
Ce qui nous constitue un déchet de.......	17

membres effectifs et ramène à 484 le nombre d[e] ses membres au 31 juillet 1891.

Les cotisations perçues pour l'exercice s'élève[nt] à........................	fr.	42,700 00
Intérêts des placements.......	»	29,233 82
» en retard............	»	180 52
Total des recettes......	fr.	72,114 34
dont le 1/6 constitue..............	»	12,019 05
retournant au capital inaliénable, et les 5/6, soit....................	fr.	60,095 92
diminués des frais d'administration........................	»	2,225 20
donnent comme somme affectée aux pensions....................	fr.	57,870 09
à partager entre 1729 3/6 parts, ce qui fixe celle-ci à............	fr.	33 46
et les 12 parts ou pensions, entière à........................	»	401 52

Le nombre des pensions, qui était de 158 l'a[n] dernier, s'élève cette année à 166, *dont 78 à d[es] affiliés et 88 à des veuves et orphelins*.

Malgré nos pressantes sollicitations, il reste [à] recouvrer encore 5 cotisations sur l'exercice 188[9-]90 et 11 sur l'exercice 1890-91. Ces cotisatio[ns] représentent une somme de 1500 fr., dont les 5[/6] auraient dû grossir la somme à partager. Le C[o]mité, à son grand regret, se verra forcé d'appl[i]quer à ces retardataires toute la rigueur des st[a]tuts.

Les causes de la diminution du quantum de [la] pension sont : 1° une différence en moins de 9[..] fr. dans le total des cotisations ; 2° l'augmenta[]tion notable du nombre des parts, causes q[ui] n'ont pu neutraliser une augmentation de 433 f[r.] 47 sur le revenu de nos valeurs, jointe à une d[i]minution de 439 fr. 30 sur les frais d'administr[a]tion.

Pour 12 affiliations, nous enregistrons 14 décè[s :] 11 parmi les pratiquants, 3 parmi les non prat[i]quants. Ces 14 décès se décomposent ainsi : [10] médecins, 3 pharmaciens et 1 médecin vétér[i]naire. Ils ont ouvert le droit à la pension à [..] veuves avec enfants mineurs et à 1 veuve sa[ns] enfant, et mis fin à 3 pensions par droit d'âge.

De plus, 3 pensions de veuves se sont éteint[es] par décès des titulaires.

L'avoir social, qui était au 31 juillet 1890, de f[r.] 700,238-24, est aujourd'hui de fr. 719,530-52, e[n] comptant nos valeurs au pair. Or, on sait q[ue] notre portefeuille bénéficie d'une somme con[si]dérable, qui porte notre avoir réel au delà d[e] 780,000 francs.

Plus heureux que l'an dernier, nous avons [la] joie de constater un réveil énergique de la gén[é]rosité médicale :

Les dons se sont élevés à la somme de 1,579 f[r.] Quelques-uns d'entre eux ont été partagés ent[re] les Caisses de Pensions et de Secours, par [le] Comité-Directeur, à ce autorisé par les donateur[s].

Le temps n'est plus où notre Caisse ne re[n]contrait que doute et défiance, dans les haut[es] sphères de la profession.

Caisse de Secours.

Notre caisse de Secours, Messieurs, continue [à] se montrer le complément nécessaire de la Caiss[e] de Pensions.

Grâce à elle, nous avons pu conserver à pl[us] d'un malheureux, des droits menacés, sans exp

ser en rien la Caisse de Secours, puisque les sommes par elle avancées, lui font retour, au moment de l'obtention de la pension.

D'un autre côté, diverses misères exceptionnelles, étrangères à la Caisse de Pensions, ont réclamé l'aide de la Caisse de Secours, et une somme de fr. 379 leur a été consacrée.

La Caisse de Secours se trouve aujourd'hui à la tête d'un capital de fr. 8,820.

Nos lecteurs verront, par cette lecture, que les difficultés contre lesquelles lutte avec énergie la *Caisse des pensions belge* tiennent à ce qu'elle alloue la pension, non seulement aux sociétaires, mais encore à leurs ayants droit. Cet écueil redoutable a été évité pour notre *Caisse des pensions du corps médical français*; elle n'a aucun péril à redouter et ses pensions ne pourront que s'accroître avec le temps.

A. C.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat des médecins de la circonscription de la Loupe.

ARTICLE PREMIER. — Entre les Médecins soussignés et ceux qui dans la suite adhéreront aux présents Statuts, il est formé une Société civile sous la dénomination de SYNDICAT MÉDICAL DE LA CIRCONSCRIPTION DE LA LOUPE.

ART. 2. — Le siège du Syndicat est à la Loupe.

ART. 3. — Sa durée est illimitée.

But.

ART. 4. — Le Syndicat a pour but :

1° D'établir des rapports permanents entre les Médecins syndiqués, de leur apprendre à se connaître et à se protéger réciproquement ;

2° De rendre leurs relations aussi faciles que possible, en fixant quelques règles de conduite librement acceptées par tous ;

3° De s'efforcer d'aplanir les conflits pouvant s'élever soit entre Confrères, soit entre Clients et Médecins, et de soutenir ces derniers dans la légitime revendication de leurs droits ;

4° D'améliorer la situation tant individuelle que collective des adhérents, par tous les moyens pratiques ;

5° De réprimer toutes les usurpations sur les droits d'exercice que leur confère la loi ;

6° De fournir des renseignements exacts pour l'établissement des jeunes Confrères qui en feront la demande ;

7° D'entrer en relation avec les autres Syndicats formés dans le même but.

Composition.

ART. 5. — Le Syndicat se compose de tous les Médecins de la région sus-indiquée qui ont déjà adhéré ou adhéreront par la suite aux présents Statuts, en prenant l'engagement d'honneur de s'y conformer.

Les adhésions sont constatées par les signatures des Membres du Syndicat, apposées sur le registre de l'Association.

ART. 6. — L'adhésion pourra être donnée provisoirement par lettre adressée au Président. L'admission définitive devra être ratifiée par l'Assemblée générale à la majorité des Membres présents.

ART. 7. — La candidature du postulant sera discutée hors de sa présence ; les bulletins de vote ne devront comporter que la mention OUI et NON.

ART. 8. — Devront seuls être exclus, les Médecins convaincus de faits qui entachent l'honneur ou qui compromettent la dignité professionnelle.

ART. 9. — L'admission prononcée, le nouvel adhérent sera invité à apposer sa signature sur le registre indiqué à l'article 5.

Administration.

ART. 10. — Le Syndicat est administré par une Chambre Syndicale composée ainsi qu'il suit :

1° Un Président ;
2° Un Vice-Président ;
3° Un Secrétaire-Trésorier.

ART. 11. — Le Président, le Vice-Président et le Secrétaire-Trésorier, sont nommés en Assemblée générale, au scrutin secret et par bulletin uninominal, à la majorité des Membres présents. Le Président représente la Société en toute circonstance et spécialement vis-à-vis des pouvoirs publics.

ART. 12. — Les Membres de la Chambre sont nommés pour un an ; ils sont rééligibles.

Chambre syndicale.

ART. 13. — La Chambre Syndicale forme, en quelque sorte, un tribunal d'honneur, auquel devront être soumis les conflits qui pourraient surgir entre Confrères syndiqués entre eux ou entre Médecins et clients. Les décisions doivent être soumises à l'Assemblée qui statue définitivement.

ART. 14. — En cas d'inobservation des Statuts ou en cas de conflit, elle applique, par l'organe de son Président, le blâme, le rappel au règlement, l'admonition ou l'exclusion ; mais cette dernière peine doit être ratifiée par l'Assemblée générale.

Des réunions.

ART. 15. — Il y aura une réunion générale deux fois par an ; le 1er dimanche d'Avril et le 1er dimanche d'Octobre.

ART. 16. — Les invitations aux Réunions seront faites au moins 8 jours à l'avance par le Secrétaire-Trésorier, qui indiquera les questions à l'ordre du jour.

ART. 17. — La présence aux Réunions est obligatoire pour tous les Membres. Ceux qui ne pourront y assister devront s'excuser par lettre au Secrétaire-Trésorier et donner à un Confrère le pouvoir de les représenter.

ART. 18. — Des Réunions extraordinaires pourront être, dans les cas graves, provoquées par la Chambre Syndicale.

ART. 19. — Les dépenses occasionnées par le Syndicat seront réglées à chaque Assemblée générale.

ART. 20. — Le fonds social est constitué par : 1° Les dons volontaires ; 2° La cotisation annuelle de chaque Membre, fixée à 5 fr.

Police.

ART. 21. — Les Réunions générales ont seules le droit de prendre toute décision intéressant le Syndicat. Elles décident notamment l'impression et la publication de tous documents qu'elles jugent nécessaires. Elles votent, à la majorité des membres présents, toutes modifications reconnues nécessaires aux Statuts et règlements.

ART. 22. — Tous rapports médicaux avec les membres exclus sont formellement interdits.

Fait et délibéré à La Loupe, le 8 Novembre 1891, par les Médecins présents, soussignés :

Le Vice-Président : LACOSTE (Senonches). *Le Président :* LELIÈVRE (La Loupe).

Le secrétaire-Trésorier : MIETTE (La Loupe).

Membres du Syndicat :

Sabaros (Courcille) ; Bacon (Courcille) ; Souplet (Nogent-le-Rotrou) ; Coudray (Nogent-le-Rotrou) ; Taillefert (Châteauneuf) ; Moser (Bretoncelles) ; Julien (Pontgouin) ; Filleul (La Ferté-Vidame) ; Auclert (Brezolles) ; Carlier (Thiron) ; Barrois (Illiers) ; Deniau (Illiers) ; Griveau (Saint-Georges-sur-Eure).

Pour copie conforme :
Le secrétaire-trésorier,
Signé : MIETTE.

REPORTAGE MÉDICAL

Le vendredi 5 mai, à 7 heures, restaurant Marguery, a eu lieu le 13me dîner trimestriel du Syndicat de la presse médicale. La réunion était nombreuse et aux côtés de M. le professeur Cornil, ont pris place, M. le Dr Henri Marais (*Année médicale de Caen*) et M. le Dr Valude (*Annales d'oculistique*) qui, pour la première fois, assistaient au banquet.

Le Syndicat a décidé, en principe, qu'il s'associerait aux démarches faites en vue d'élever une statue au fondateur du journalisme français, *Théophraste Renaudot* et que, s'il y avait lieu, il consacrerait partie de ses ressources à la souscription à prévoir dans ce but.

Dans la même séance ont été admis, comme membres du Syndicat : M. le professeur Lacassagne, de Lyon (*Archives d'anthropologie criminelle*), M. le Dr Rollet de Lyon (*Lyon médical*).

— M. le doyen Brouardel a été élu président de l'Association polytechnique, en remplacement de M. Henri de Lapommeraye, décédé.

— Le concours pour une place de médecin suppléant à l'Infirmerie de Saint-Lazare vient de se terminer par la nomination de M. le docteur H. Feulard, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital St-Louis. Toutes nos félicitations à notre ami qui va certainement, dans ce nouveau champ d'études, récolter une abondante moisson d'observations dermatologiques et syphiligraphiques.

— Un concours s'ouvrira, le 7 novembre prochain, à l'Ecole du Val-de-Grâce, pour un emploi de professeur agrégé de toxicologie et de chimie appliquées aux expertises de l'armée.

— L'Académie des sciences, sur le rapport de M. Duclaux, vient de déclarer qu'elle ne saurait donner son approbation à l'emploi des sels de strontiane pour le déplâtrage des vins, et qu'elle blâme cette pratique.

Exercice illégal de la médecine par les opticiens. — D'après un jugement rendu par le tribunal correctionnel du Havre, doit être considéré comme indication de remède et consultation, au sens médical, et par suite comme exercice illégal de la médecine, le fait, par un opticien, de donner à un client des indications pathologiques sur l'état de sa vue et de prescrire, pour la guérison d'une affection des yeux, une combinaison de verres.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

3687. — M. le Dr HERVOUET, de Paris, membre de l'Association des médecins du département de la Seine ;

3688. — M. le Dr PEYRONNET DE LAFONVIELLE, de Marmande, membre de l'Association des médecins du Lot-et-Garonne ;

3689. — M. le Dr NICOLAS (Adolphe-Charles), de la Bourboule (Puy-de-Dôme), membre de l'Association des médecins de France.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr FALOY, de Tergnier (Aisne).

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Lire dans la 22me livraison des Sciences Biologiques un article des plus intéressants sur les **« Maladies des Prisonniers »**, par le docteur Emile Laurent, ancien interne aux prisons de la Seine.

Le Dr Laurent passe en revue : le régime hygiénique et alimentaire des détenus ; l'organisation du service médical dans les prisons de la Seine ; les généralités statistiques ; la tuberculose dans les prisons ; la scrofule ; le scorbut ; la syphilis ; la pneumonie ; le choléra ; la variole ; la fièvre typhoïde ; l'érysipèle, etc... — Prix : 1 fr. 25 franco.

L'Univers et sa Cause, d'après la science actuelle (1). — A l'heure où la science tend à se substituer définitivement au dogme, il y avait à faire sur cette question un livre d'un puissant intérêt. Cette tâche redoutable, M. S. Jouglard vient de l'aborder avec courage et surtout avec une suprême impartialité, se tenant toujours dans une égale méfiance, comme il le dit lui-même, des suggestions de l'incrédulité ou de la foi. Les conclusions auxquelles il aboutit, *en s'appuyant sur la science seule*, sont des plus consolantes, bien que s'écartant sensiblement en plus d'un point du spiritualisme classique. — Mais il s'agit d'un livre sur lequel on ne peut accepter le jugement tout fait, et qu'il faut lire. Or, la lecture en est des plus attachantes, grâce à la sobre élégance du style, à la vigueur et à la sincérité de l'argumentation, et surtout au soin qu'a pris l'auteur d'être partout absolument clair. — Net franco 2 fr. 80 pour MM. les membres du Concours médical.

(1) Un vol. in-18 jésus, à 3 fr. 50.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Le microbe de l'influenza.

En 1890, M. Babès a décrit comme microbe de l'influenza un petit bacille ayant la forme de diplocoque avec deux extrémités un peu renflées, n'ayant que 0µ2 à 0µ3 de diamètre, ne se colorant pas par la méthode de Gram, et auquel il donnait le nom de bacille transparent. M. Kowalsky (de Vienne) a décrit un bacille analogue, mais se cultivant sur la pomme de terre. Pfeiffer et Canon (de Berlin) viennent de publier leurs recherches sur ce sujet.

MM. *Cornil* et *Chantemesse* ont aussi entrepris des expériences personnelles : ayant inoculé dans une veine apparente de l'oreille d'un lapin une goutte de sang d'une enfant atteinte d'influenza, le sang de ce lapin contenait un jour après des microbes répondant à la description de Babès-Pfeiffer. Le sang du lapin inoculé sur de la gélose sucrée a donné des cultures caractéristiques : les stries sanguines étalées sur la gélose se bordent après 24 heures d'une zone un peu transparente et opaline qui est formée, à un grossissement de 100 diamètres, de granules très fins. Ces cultures, examinées au microscope après coloration des lamelles, montrent les mêmes micro-organismes que dans le sang ; ils sont libres ou en petites agglomérations, ou dans de tout petits fragments de gélose.

Ces cultures ont servi à inoculer un autre lapin qui a présenté lui-même des bacilles de même nature dans le sang avec lequel ont été faites des cultures sur gélose sucrée. Le bacille se cultive bien dans le bouillon sucré.

Du lapin on a fait passer le virus sur un chien de grande taille. Deux gouttes de culture dans du bouillon ont été mises dans les fosses nasales. Il est probable que l'agent virulent a pénétré dans le pharynx et a été avalé, car les symptômes de la maladie transmise au singe ont été une diarrhée très abondante avec élévation de la température, affaissement, tendance au sommeil, accès fébrile qui a duré plusieurs jours et a été suivi d'hypothermie. Le jour de son inoculation, le sujet avait 37° de température ; le lendemain et le surlendemain, la température a monté à 38° et 39°, puis il a présenté de l'hypothermie.

Dans une seconde observation, MM. Cornil et Chantemesse ont inoculé à un lapin, dans la veine de l'oreille, du sang d'une jeune femme atteinte d'influenza depuis huit jours, sans autre complication que la fièvre, les douleurs de courbature et la toux. Ce lapin a présenté dès le lendemain une augmentation de température à 39°, 40° et il a été atteint de la même façon que le premier, avec de très nombreux bacilles dans le sang depuis son inoculation.

Ces observations et expériences, confirmatives des recherches de Babès, Pfeiffer et Canon, permettent de considérer l'influenza comme une maladie infectieuse causée par une bactérie spéciale par sa forme, son mode de coloration et sa culture. La maladie transmise au lapin n'est pas grave, mais elle est d'assez longue durée.

Si l'on rapproche ces données nouvelles des examens bactériologiques antérieurement publiés, on voit que les complications de cette infection par d'autres maladies infectieuses à streptocoques et à pneumocoques est très commune et qu'elle prédispose à toutes ces complications. Les lapins conservent trois ou quatre semaines des bacilles dans leur sang : il en est de même chez l'homme (1).

Cheveux dans le tube digestif (2).

A l'autopsie d'une jeune fille morte d'inanition avec des symptômes de dyspepsie attribués à une tumeur maligne de l'estomac, on trouva l'estomac et la partie supérieure de l'intestin remplis par des cheveux formant une masse compacte de 900 gr., moulée très exactement sur

(1) Académie de médecine.

(2) *Mercredi médical.*

cette portion du tube digestif. On a appris que la jeune fille en question avait l'habitude de s'arracher les cheveux et de les avaler. Cela durait depuis plus de dix ans.

Il existe dans la littérature médicale sept autres cas se rapportant également à des jeunes filles. L'étiologie est la même. Dans aucun de ces cas le diagnostic ne fut fait ; six se terminèrent par la mort. Dans le septième cas, une erreur de diagnostic conduisit à l'opération qui sauva la malade.

L'auteur considère cette habitude comme une sorte de pica, telle que les autres perversions du goût fréquentes chez les aliénés, les hystériques, les chlorotiques, les femmes enceintes.

Antisepsie buccale.

M. *Laborde* a pris l'habitude de pratiquer très régulièrement sur lui-même, deux et souvent trois fois par jour, des lavages de la bouche et des fosses nasales avec une solution phéniquée au milliéme, employée aussi chaude que possible. Depuis cette époque il n'a plus de coryza, pas plus que les personnes qui ont pris la même habitude, sur sa recommandation.

M. *Magitot*, à propos des microbes de la salive, cite quelques observations tout à fait décisives, celle par exemple empruntée à M. Vaillard, dans laquelle la salive, reconnue septique par la présence, du streptococcus pyogenes dû à un petit abcès gingival, était redevenue inerte après certains lavages antiseptiques. Des expériences sont entreprises sur les agents microbicides applicables à la bouche, mais dès à présent M. Magitot se croit en droit d'affirmer la valeur considérable qu'il convient d'attribuer à l'antisepsie buccale dans la prophylaxie des maladies infectieuses. Il ajoute qu'il n'est sans doute pas besoin dans la pratique de recourir aux antiseptiques toxiques, comme le sublimé, et il donnerait la préférence à deux agents inoffensifs, l'un pouvant s'employer sous la forme liquide, l'*acide thymique*, l'autre solide, le *salol*. (1)

Actinomycose chez l'homme.

MM. *Guermonprez* et *Legrain* (de Lille) montrent le rôle des céréales, du froment en particulier, dans la transmission de l'actinomycose. Un paysan, âgé de 14 ans, surveillé très attentivement, mâcha, en août 1891, une paille avec laquelle il se blessa la gencive en bas, en arrière et à gauche. Peu après survint en ce point une tuméfaction dure, bientôt fistuleuse, et enfin M. Guermonprez, le 24 janvier, évida la partie malade du maxillaire inférieur. Il est à remarquer que cette paille est de la récolte 1890 et a été conservée dans une grange obscure, humide, riche en moisissures. Dans ce cas, l'examen histologique a démontré l'actinomycose. Il n'en est pas de même pour quatre autres observations, une entre autres où M. Guermonprez évida le calcanéum pour une ostéite chronique consécutive, croit-il, à une écorchure du pied par la paille des sabots. Ces malades ont guéri, et M. Guermonprez pense qu'on a exagéré la gravité du pronostic de l'actinomycose humaine. (2)

(1) Académie de médecine.

(2) Académie de médecine.

Le tænia en France.

M. G. *Colin* (d'Alfort) ne croit nullement prou[vé] que le tænia solium soit plus rare aujourd'hu[i] qu'autrefois et que ce tænia soit en voie de disp[a]raître — remplacé par le tænia inerme. La rare[té] actuelle du premier relativement à l'autre pr[o]vient très probablement de ce que, dans le pass[é] on ne pouvait ni on ne songeait à distinguer l[es] deux espèces.

Il n'est pas établi que le tænia inerme a[it] pour unique point de départ la cysticercose lad[ri]que des bêtes bovines.

Il est à peu près certain, d'après des expérien[-] ces de M. Colin, que le tænia inerme, transmissi[-] ble au veau, ne l'est plus au bœuf adulte ; ce tæ[-] nia nous arrive, en conséquence, par la viand[e] du veau, non par celle du bœuf.

Il n'y a, jusqu'ici, aucune preuve de la plu[s] grande fréquence de la ladrerie bovine chez le[s] bêtes étrangères à notre pays, et, conséquem[-] ment, aucune raison sérieuse de rapporter à l'in[-] troduction du bétail exotique l'accroissement d[e] proportion des cas de tænia inerme dans certain[es] parties de la France.

M. *Bérenger-Féraud* répond que, depuis 187[.] dans les hôpitaux de la marine, le tænia inerme [a] considérablement augmenté aux dépens du tæni[a] armé, dans la proportion de 1000 tænias inerme[s] pour 1 armé.

Quant à l'origine bovine de ces tænias inermes la statistique de M. Bérenger-Féraud relative à l[a] fréquence du tænia inerme chez les population[s] du littoral méditerranéen l'explique. Les bœuf[s] algériens, tunisiens et syriens, sont particulière[-] ment infectés par le tænia inerme et ces bœuf[s] débarqués dans les ports méditerranéens son[t] surtout consommés sur place.

M. Colin dit que le tænia inerme est transmi[s-] sible au veau, mais non au bœuf ; comme le vea[u] sera un bœuf plus tard il pourra fort bien trans[-] mettre au bœuf sa maladie.

Il est possible que les mesures sanitaires n'aien[t] pas une efficacité absolue, d'autant plus qu'elle[s] ne sont pas appliquées sur tous les points du ter[-] ritoire; elles ont cependant donné des résultat[s] appréciables, par exemple la diminution du nom[-] bre des porcs ladres livrés à la consommation.

M. *Nocard* ajoute que la ladrerie a certaine[-] ment diminué ; les inspecteurs de la boucheri[e] tombent d'accord à ce sujet. Les mesures de po[-] lice sanitaire sont appliquées pour le porc uni[-] quement dans les grandes villes ; ces mesure[s] seraient donc insuffisantes pour faire disparaîtr[e] la ladrerie porcine, mais les porcs actuellemen[t] sont nourris à l'étable de plus en plus ; ils on[t] donc de moins en moins d'occasion de contrac[-] ter la trichine.

Il en est de même pour la tuberculose qui [a] complètement disparu des étables de Paris, parc[e] que les conditions de l'industrie de la fabricatio[n] du lait ont complètement changé. Une vache n[e] passe chez le nourrisseur que le temps pendan[t] lequel elle peut payer sa nourriture ; on ne lu[i] laisse pas son veau. Il n'y a pas de foyer cré[é.] C'est pour cela qu'il est si difficile de trouver dans les étables de Paris une vache tuberculeuse.

Pseudo-rhumatisme infectieux d'origine auriculaire.

MM. *Raymond* et *Netter* ont rapporté à la

Société médicale des hôpitaux l'observation d'un homme de 43 ans, atteint d'un écoulement d'oreille depuis quinze ans, opéré il y a neuf ans pour une affection mal déterminée de l'œil du même côté, qui fut pris subitement d'un frisson violent de fièvre et de douleurs articulaires. En ville on avait porté le diagnostic de rhumatisme articulaire. Lorsque le malade entre à l'hôpital, il a une fièvre très vive, avec état typhoïde. Les poignets sont tuméfiés, entourés d'une rougeur diffuse et il existe de la fluctuation à la face interne et postérieure du genou gauche. Une rougeur intense avec tuméfaction existe tout autour du coude. Même rougeur et tuméfaction autour des articulations des membres inférieurs. De petites plaques rouges apparaissent comme enchâssées dans le derme, sur l'avant-bras, la paroi inférieure de l'abdomen, la région thoracique, la base du cou.

L'œil droit présente un certain dépoli de la cornée ; la respiration est embarrassée ; la rate est grosse ; il n'y a pas d'albumine dans l'urine.

Le malade meurt dix jours après le début avec un état comateux et 40° de température. A l'autopsie, on trouve des arthrites suppurées des poignets, des épaules, des genoux, des hanches, de l'articulation temporo-maxillaire droite. Les gaines tendineuses des poignets sont infiltrées de pus et il existe un grand nombre de foyers purulents sus et sous aponévrotiques dans les régions des muscles du bras, du thorax et du cou.

Il n'y a pas d'abcès métastatiques dans les parenchymes.

Les résultats de l'examen bactériologique sont intéressants à signaler. L'examen du pus, pendant la vie, et après la mort, a révélé, par l'examen sur lamelles et par les cultures, la présence du streptocoque pyogène. Dans quelques articulations, on trouve également quelques rares colonies de staphylocoques ; dans les lésions broncho-pneumoniques on trouve surtout du pneumocoque associé au pneumo-bacille.

Il s'agit évidemment d'un cas de pseudo-rhumatisme infectieux (Bouchard et Bourcy), de maladie arthrito-phlegmoneuse (Quinquaud).

La porte d'entrée a été certainement l'oreille droite, siège d'une suppuration ancienne.

Dans le plus grand nombre des observations de pseudo-rhumatisme, il n'a pas été possible de trouver la porte d'entrée. Dans quelques-unes seulement, on a signalé le début par une amygdalite ou une angine. L'otite peut donc, elle aussi, être le point de départ d'un pseudo-rhumatisme infectieux.

Dans cette variété de pyohémie à polyarthrites suppurées, les suppurations des séreuses et les foyers métastatiques manquent le plus souvent, contrairement à ce qui se passe dans la forme classique d'infection purulente.

M. *Rendu* demande à M. Netter s'il ne croit pas qu'il existe des pseudo-rhumatismes infectieux sans suppuration. Il est frappé aussi du contraste des manifestations cliniques du streptocoque et du staphylocoque.

M. *Netter* dit que le streptocoque détermine ordinairement une infection plus grave que le staphylocoque et qu'il a plus de tendance à la diffusion. Mais, quand le staphylocoque pyogène pénètre dans le sang, il donne facilement naissance à des embolies.

L'hyperchlorhydrie dans la dyspepsie gastrique.

M. A. *Mathieu* et M. A. *Rémond* (de Metz) résument ainsi leurs recherches sur l'hyperchlorhydrie dans la dyspepsie gastrique.

1° Ce qui constitue l'hyperchlorhydrie, c'est l'hyperacidité d'origine chlorhydrique, que l'HCl soit libre ou combiné. L'heureuse influence de la médication par les alcalins à haute dose dans ces deux cas montre bien qu'il n'y a pas avantage clinique à établir une division qui serait du reste artificielle, puisque l'on peut, chez les mêmes sujets, trouver l'HCl libre ou combiné.

2° On peut, même chez les hyperchlorhydriques avec hypersécrétion, constater une quantité exagérée d'acides de fermentation organique. Il en résulte qu'il ne faut pas exagérer l'importance du rôle antifermentescible de l'HCl dans l'estomac dilaté, et, d'autre part, que la stagnation a une importance capitale dans la genèse des fermentations intra-stomacales.

3° L'hyperchlorhydrie à un taux élevé peut ne se révéler par aucun phénomène douloureux spécial ; elle peut se rencontrer chez des malades qui ne présentent que des signes de neurasthénie à détermination gastrique banale.

4° L'hypersécrétion simple, riche quelquefois en chlorures fixes, peut succéder à l'hypersécrétion chlorhydrique ou alterner avec elle. L'hypersécrétion simple correspond sans doute à l'épuisement momentané ou définitif du pouvoir sécrétant de la muqueuse, suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas de lésion irréparable des glandes.

5° On peut constater quelquefois dans ces conditions une sécrétion tardive d'HCl, et par conséquent un retard marqué dans la peptonisation.

6° Dans la mesure de l'hyperchlorhydrie, il ne faut pas tenir compte seulement de la proportion de l'HCl libre ou combiné, mais aussi du degré de dilution des produits solubles. Il importe donc de déterminer la quantité de liquide que renferme l'estomac. MM. Mathieu et Rémond y arrivent en mesurant l'acidité du suc gastrique avant et après l'introduction dans l'estomac d'une quantité d'eau connue.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Les médicaments qui font dormir (1).

Un mot sauté par le compositeur dans le manuscrit de mon précédent article m'a fait émettre une proposition par trop risquée : « L'opium est bien loin de faire dormir ! » ; — c'est de faire « toujours » dormir que j'avais écrit, et avec cette restriction l'énonciation est exacte.

Cependant c'est à l'OPIUM qu'on songe tout d'abord pour faire dormir, sans que nous ayons encore une explication satisfaisante de sa « vertu dormitive ».

Malgré les progrès de la chimie, qui a réussi à isoler la plupart des principes de cet alliage médicamenteux, nous ne pensons pas que, comme l'avancent Nothnagel et Rossbach, l'opium puisse être désormais considéré comme superflu et doive être entièrement remplacé par la morphine.

Je n'ai pas besoin de parler ici des avantages et

(1) Voir l'article du *Concours médical : Avantages et abus de la morphine.*

des inconvénients de la MORPHINE ; c'est un sujet que j'ai traité ici même il y a plusieurs années, et je ne sache pas que la question ait besoin d'être remise au point, la thérapeutique n'ayant pas eu à enregistrer de données nouvelles.

L'opium et la morphine sont les médicaments de choix pour faire dormir *quand la cause de l'insomnie est la douleur.* Incidemment je rappellerai qu'il en faut être particulièrement sobre aux deux extrêmes de la vie. L'opium, comme moyen soporifique, doit être à peu près banni de la thérapeutique du premier âge. La morphine, surtout en injections hypodermiques, n'est pas sans danger chez les sujets très âgés, dont les reins si souvent scléreux n'éliminent pas vite ; quand on donne à ces sujets la morphine par les voies digestives, l'absorption de la dose ingérée ne s'opère que graduellement, le foie est là pour en arrêter une partie au passage, et il y a moins à craindre que le système nerveux soit d'emblée opprimé par la totalité de la dose de poison mise en circulation. Il faut rappeler toujours la nécessité de ne faire d'injection de morphine, même chez un adulte, que si on sait que le rein fonctionne bien, et de ne jamais commencer par une dose élevée.

Parmi les nombreux alcaloïdes de l'opium, on sait, depuis les travaux de Cl. Bernard et de Rabuteau, que trois seulement sont soporifiques et à un degré inégal : par ordre de puissance soporifique décroissante, chez l'homme, se rangent la morphine, la narcéine et la codéine. Par ordre de toxicité décroissante on range la morphine, la codéine et la narcéine.

La NARCÉINE paraissait même plus soporifique à Bernard que la morphine, mais Rabuteau n'admet cette conclusion que pour le chien. Le sommeil produit par la narcéine semble se produire en général sans la période d'excitation préalable que cause généralement la morphine ; le sommeil narcéique serait, suivant Rabuteau, profond, calme et suivi d'un réveil éminemment physiologique, tandis que la morphine laisse souvent un peu de céphalée au réveil. Les enfants paraissent dormir particulièrement bien avec des doses de 1 centigramme à 15 milligrammes. La narcéine se donne chez l'adulte à doses dix fois plus fortes que la morphine (10 à 20 centigrammes). Elle produit, comme la morphine, de la constipation, mais pas de phénomènes nauséeux ; elle diminue moins la sécrétion urinaire. La question à résoudre est de trouver de la narcéine pure ; comme elle est peu usitée, la plupart des officines n'en ont pas de bonne.

On peut dire la même chose de la CODÉINE, qui est le plus souvent mélangée de morphine ou de narcéine. Il est admis qu'elle est très peu soporifique, et faiblement analgésique elle est d'ailleurs peu toxique (10 à 15 centigrammes peuvent être donnés comme première dose). Bardet en a pris 40 centigrammes et en a fait prendre 80 centigrammes sans accidents. Elle ne tarit pas les sécrétions comme l'opium et la morphine. Quand l'insomnie est provoquée par la toux, la codéine peut jouer utilement le rôle d'un hypnotique indirect ; car elle calme bien la toux.

Le CHLORAL vient aussitôt après la morphine comme valeur pour faire dormir. Ce n'est pas qu'il soit analgésiant d'une manière appréciable. Ses avantages sont de ne pas constiper, de ne pas diminuer la sécrétion urinaire, de ne pas provoquer une accoutumance rapide comme l'opium et la morphine. Ses inconvénients sont d'être irritant pour les premières voies digestives à cause de sa saveur brûlante et de sa causticité, qui oblige à le diluer dans une quantité assez abondante de liquide ; d'exercer sur le cœur une action dépressive.

L'indication principale du chloral est dans les *insomnies par surexcitation nerveuse*, par agitation maniaque.

Le chloral rend de grands services dans la thérapeutique infantile ; je n'ai jamais eu d'accidents avec lui-même chez des enfants même très jeunes, au point que nous nous en servions à la clinique des Enfants malades même à titre expérimental et comme moyen de diagnostic pour vérifier si le pouls était régulier pendant le sommeil provoqué. C'est une pratique recommandée par M. Grancher : on sait combien l'existence d'une irrégularité du pouls est importante parmi les signes précoces de la méningite, mais aussi combien le pouls devient irrégulier chez les enfants dés qu'ils sont agités par la présence du médecin ; pour tourner cette difficulté, M. Grancher fait administrer, quinze à vingt minutes avant la visite, 10 à 25 ou 50 centigr., suivant l'âge, de chloral dans un peu de confiture à l'enfant dont le pouls peut être alors rigoureusement compté et jugé avec ses caractères réels indépendamment de toute influence émotive et psychique.

Le chloral est précieux en lavements, dilué dans du lait battu avec un jaune d'œuf ; j'en donne dans la broncho-pneumonie où l'insomnie est si souvent tenace, et où il est indispensable pourtant que l'enfant repose quelques heures pour refaire ses forces. Le chloral est tout indiqué pour faire dormir los choréiques graves.

L'ANTIPYRINE n'est pas un médicament hypnotique ; mais, comme calmant de la douleur, elle amène indirectement le sommeil chez les migraineux et les névralgisants, chez les grippés, chez les femmes ayant de la dysménorrhée, dans les crises peu intenses de coliques hépatiques ou néphrétiques. Elle est souvent plus efficace en lavements, mais à doses de 3 grammes d'emblée chez l'adulte, quand la douleur qui cause l'insomnie a son siège dans l'abdomen.

On a obtenu un *mélange de chloral et d'antipyrine* sous le non d'HYPNOL, auquel Bardet attribue à la fois les propriétés hypnotiques du chloral et les propriétés analgésiques de l'antipyrine. Ce corps s'administre chez l'adulte à la dose de 1 à 3 grammes, par doses de 1 gr. à la fois, en cachets, capsules, potion alcoolisée, sirop.

Le CHANVRE INDIEN (d'où on extrait le haschich) ne peut être considéré comme un hypnotique à lui seul. Cependant, comme il exerce un certain pouvoir sédatif sur certaines parties du système nerveux (nerfs de l'estomac, nerfs du cœur), on l'a préconisé comme hypnagogue chez les migraineux, les individus atteints de goître exophthalmique, d'affections douloureuses de l'estomac. On le donne surtout associé à d'autres médicaments, au bromure de potassium surtout, qui est aussi un sédatif du système nerveux cérébro-spinal, et au chloral.

D'ailleurs, il y a un grand parti à tirer d'*associations médicamenteuses* comme hypnotiques

ques : on associe utilement le chloral et les bromures, la morphine et la codéine.

Ainsi une potion comme celle-ci est très efficace.

Bromure de potassium...		
Bromure de sodium...	àà 2 gr.	
Bromure d'ammonium...		
Chloral...	2 gr.	
Sirop de codéine ou de morphine...	20 gr.	
Sirop de fleur d'oranger...	30 gr.	
Julep gommeux...	100 gr.	

Parmi les hypnotiques les plus récemment conquis par la chimie, je place au premier rang, le SULFONAL (diéthyl-sulfon-diméthyl-méthane). Il est le type de l'hypnagogue direct ; c'est bien de lui qu'on peut dire, plus justement que de l'opium, qu'il a une vertu dormitive ; s'il est vrai qu'il existe comme le prétend Mauthner, un véritable centre du sommeil physiologique, — que cet auteur place dans la substance grise répandue autour du troisième ventricule, de l'aqueduc de Sylvius et de la partie supérieure du 4e ventricule, on peut admettre que le sulfonal exerce sur ce centre une action aussi élective que celle du curare sur les terminaisons des nerfs moteurs.

Ce sulfonal est un corps cristallisé en grosses paillettes blanches, qui, pur, doit être sans odeur ni saveur. Son insolubilité dans l'eau froide fait qu'on ne l'administre guère qu'en poudre *fine* dans des cachets ou capsules, ou en suspension dans un liquide chaud, et surtout peptogène comme le lait ou le potage au bouillon, car ceux-ci excitent la sécrétion du suc gastrique dont l'acide chlorhydrique, le chlorure de sodium et les autres sels favorisent la dissolution du sulfonal. On a conseillé encore de faire simplement précéder l'ingestion du chloral d'un verre d'eau chaude.

Le sulfonal n'agit que lentement, de deux à quatre heures après qu'il a été administré. Aussi faut-il prévenir le malade, que, s'il veut dormir à l'heure ordinaire, il devra prendre le sulfonal au repas du soir. L'élimination du sulfonal étant lente comme son action, ses effets peuvent se prolonger deux et même trois jours après l'administration d'une seule dose, suivant l'importance de celle-ci ; en pratique, on peut utiliser cette lenteur pour ne donner le sulfonal que tous les deux jours chez les individus dont on veut combattre l'insomnie. Une dose de 1 gramme est quelquefois suffisante chez l'adulte ; plus habituellement 1 gr. 50 sont nécessaires ; beaucoup de médecins ont donné 2 à 3 grammes. Chez les enfants 0 gr. 50 peuvent être donnés, vers sept ans. Généralement le sommeil procuré par le sulfonal est profond et réparateur, exempt d'agitation et de rêves. Le réveil n'est pas suivi de sensations de lourdeur et de céphalée à la dose de 2 gr. ; mais à 4 gr. il peut exister des troubles divers qui rappellent ceux d'un lendemain d'ivresse. L'accoutumance est faible ou nulle, il n'y a point de constipation, point de diminution des urines.

L'insomnie pure et simple, sans douleur ni trouble fonctionnel viscéral pénible, voilà l'indication par excellence du sulfonal. C'est l'insomnie d'origine nerveuse des hystériques, des neurasthéniques, des individus qui, par excès de travail intellectuel ou de préoccupations, par intoxication alcoolique ou morphinique, par abus du café, ont surexcité leurs cellules cérébrales. Il peut être utilisé chez les *dyspeptiques insomniques*. Il n'y a pas lieu de le conseiller sans restriction aux cardiaques et aux individus ayant de l'angine de poitrine vraie, mais il soulage ceux qui ont de la fausse angine de poitrine névralgique (cardiacalgie de G. Sée). Mairet le préconise comme très utile chez les aliénés.

La PARALDÉHYDE, à la température ordinaire, est un liquide incolore, dégageant l'odeur de la pomme reinette, ayant une saveur chaude et désagréable ; elle se dissout dans l'alcool et dans 9 parties d'eau à 13°.

Rapidement absorbée, aussi rapidement éliminée par le poumon surtout et accessoirement par l'urine, elle communique malheureusement à l'haleine, et cela pendant toute la journée suivante, l'odeur repoussante qu'exhalent les ivrognes.

Son action hypnotique se manifeste à la dose de 2 à 3 grammes au bout de très peu de temps, sans excitation préalable, dure deux à six heures ; le sommeil qu'elle donne est assez calme en général et il n'y a pas de réveil pénible. Elle ne supprime pas la douleur ; c'est donc encore un médicament de *l'insomnie nerveuse, surtout chez les alcooliques*. Ses avantages sont de ne pas irriter sensiblement les voies digestives et de n'avoir aucune action toxique sur le cœur ; aussi paraît-elle préférable à la plupart des autres hypnotiques du même ordre dans l'*insomnie des cardiaques*.

L'accoutumance, qui a été affirmée comme rapide par quelques-uns, est niée par M. Dujardin-Beaumetz.

On administre la paraldéhyde à la dose moyenne de 3 et 4 grammes en potion *à prendre d'un coup ou en deux fois*. Yvon conseille comme correctif de la saveur désagréable la teinture de vanille. On peut donner la paraldéhyde en lavement comme le chloral.

L'URÉTHANE (carbamate d'éthyle) est en cristaux incolores, d'odeur de paraffine, et de saveur nitreuse, très soluble dans l'eau et l'alcool.

La dose est de 3 à 4 gr., *prise en une fois* ; le sommeil survient en dix à soixante minutes et dure quatre à dix heures, sans rêves pénibles, sans malaise au réveil. Étant d'une très faible toxicité, elle peut être utilisée dans la médecine infantile. M. Huchard a donné 0,20 à un enfant de deux mois. C'est encore l'insomnie nerveuse sans douleur et celle des cardiaques qui constitue une de ses indications.

L'HYPNONE (acéto-phénone), liquide incolore, volatil, d'odeur intermédiaire à celles de l'essence d'amande amère et de la fleur d'oranger, insoluble dans l'eau et la glycérine, soluble dans l'alcool, le chloroforme, les huiles.

Son indication restreinte est l'insomnie nerveuse, celle des alcooliques, des surmenés cérébralement. Son action est peu fidèle.

On la donne en capsules ou en perles à dose faible, car sa toxicité est élevée ; les doses pour l'adulte sont de 25 à 40 centigrammes, soit 4 à 16 gouttes, en potion, sirop, capsules de 0,05. La dose

doit être *prise d'un coup*; la goutte d'hypnone pèse 2 centigr. et demi, au compte-gouttes de 3 millimètres. On donne 5 à 8 capsules.

Je ne parlerai pas des autres hypnotiques nouveaux que je n'ai jamais employés, désirant ne pas égarer mes lecteurs (hydrate d'amylène, méthylal, chloralamide et chloralimide).

P. Le Gendre.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la Grippe. — Considérations cliniques, thérapeutiques et sociales. — Sa nature. — Ses méfaits. — Son utilité.

Dans la Charente-Inférieure nous assistons depuis six semaines environ à un retour offensif de cette maladie ondoyante et diverse qu'on affuble du nom euphonique « d'influenza ». Cette gracieuse maladie qui met les médecins sur les dents et décime les vieillards, a des côtés incontestablement pittoresques, et c'est avec une véritable jouissance d'artiste que le praticien, féru de son art, assiste aux évolutions fantaisistes de cette honorable infectieuse.

Ses formes, et je n'ai la prétention de rien apprendre à mes confrères, sont infinies.

La plus inattendue est peut-être la forme éruptive, à pointillé scarlatineux développé sur un catarrhe violent du tube gastro-intestinal (Molérien). Nous avons rencontré cette forme deux fois seulement dans l'épidémie de l'an dernier, sur deux adultes. Sa terminaison a été favorable et rapide.

Les bronchites capillaires, les broncho-pneumonies, les congestions pulmonaires, les pneumonies migratrices, les hémoptysies légères, se rattachent à une de ses variétés les plus communes, la variété thoracique.

Ce qui est moins commun, c'est l'association à toutes ces complications de productions pseudo-membraneuses non diphthériques, nées sur le pharynx, les amygdales, la muqueuse des joues et la partie antérieure du voile du palais. La langue même y participe. Cette poussée cryptogamique, révélatrice de l'adynamie, s'est offerte à tous les âges à notre examen, et n'est point par conséquent spéciale aux vieillards.

Quand les déterminations thoraciques de la grippe se font dans le lobe supérieur du poumon, avec accompagnement de sueurs nocturnes, de fièvre rémittente ou intermittente, de matité et de gargouillement, comme il nous est arrivé quelquefois de le rencontrer, le médecin se trouve dans un embarras inexprimable. Rompu à tous les diagnostics par une longue pratique, nous avons cependant cru, pendant huit jours, à une phthisie aiguë chez une prédisposée. Tout y était : la matité, le gargouillement, le siège au sommet et en arrière, la pectoriloquie, la fièvre vespérale, l'expectoration purulente, les ongles abominablement incurvés, la conformation thoracique type des bronchites habituelles et une maigreur à l'avenant, enfin la diarrhée concomitante. Quinze jours après, tout était rentré dans l'ordre : une pneumonie congestive, bâtarde, née sur le fumier influenzique, avait tout simulé.

Il existe aussi une forme muqueuse de la grippe. Le ventre tendu, météorisé, de la diarrhée, des épistaxis, une céphalalgie intense, de bronchite congestive (sans râles secs spécifiqu des typhoïdes), avec toux de début, de la fièv rémittente ou intermittente, l'apparentent éto namment avec les continues. L'absence des tach rosées, le catarrhe naso-pharyngo-pulmonai dès l'origine, le type fébrile suffisent à les diff rencier.

La variété gastrique s'est présentée fréquem ment à notre examen. En dehors du catarrh gastro-intestinal auquel nous avons déjà fait all sion, l'embarras gastrique prolongé avec fièv rémittente ou intermittente forme à peu près to ses caractères. Avec M. le Dr Le Gendre, do l'article est si plein d'intérêt et d'observati topique, signalons une inappétence rebelle bizarre, horriblement tenace, la perversion com plète et tenace, dans certains cas, des sensatio gustatives, la sécheresse extraordinaire de la bo che et du pharynx qui empêche parfois la dégl tition, et dans certains cas une véritable stomati avec accompagnement de muguet.

L'asthénie influenzique, en frappant sur les f bres lisses de l'estomac, entraîne fréquemme après elle la dilatation gastrique avec catarrh persistant.

La grippe céphalique se présente à chaqu pas. Nous signalerons comme diagnostic so point de départ fréquent, c'est-à-dire des dou leurs irradiantes partant de chaque côté de la ra cine du nez et d'une intensité telle dans son pa cours, qui englobe souvent toute la face, qu'elle simulent, à s'y méprendre, les douleurs méning tiques.

La grippe ne dédaigne pas les séreuses. Nou connaissons à son acquit plusieurs pleurésie séreuses et purulentes. Deux endocardites, dan notre clientèle, ont accusé son invasion, une né phrite albumineuse aiguë a dû lui être attribué Une néphrite simple chez une femme âgée, ave douleurs atroces et vomissements simulant l colique néphrétique, douleur rénale à la pressio est venue compliquer la convalescence. L'ensem ble excluait la névralgie iléo-lombaire idiopathi que. Les congestions du foie chez les prédispo sés (calculeux) en sont tributaires, d'où le révei dans certains cas, de coliques hépatiques violen tes. La rate subit aussi la poussée congestive in fectieuse.

La forme sudorale de l'influenza n'est pas rar Des sudamina nombreux, une dépression profon de, une éruption érythémateuse de la peau, l rapprochent singulièrement de la suette.

Dans la variété nerveuse de la grippe, nou avons rencontré « la forme diurétique », si nous osons ainsi qualifier cette forme singulière qui s'accuse par une diurèse abondante (quatre litre dans les 24 heures), d'une urine claire et limpid comme de l'eau.

La forme parésique, du côté du cerveau, se traduit par l'impuissance de penser. Nous avons donné des soins à un notaire qui, plus d'un mois après la poussée influenzique, était incapa ble d'écrire une lettre destinée à convoquer des débiteurs pour les règlements de fin d'année (pa résie cérébrale). A côté de celle-ci, nous avons l parésie médullaire, impuissance motrice, les ma lades ont peine à se traîner.

L'intoxication des centres nerveux par le poison influenzique se résout, dans certains cas, par des manifestations plus bruyantes. Une jeune fille

nous a présenté tous les signes de la manie (folie toxique).

Dans la forme nerveuse nous rangeons également la forme syncopale. Nous avons vu cette variété, le plus souvent temporaire, se prolonger pendant deux ans chez un hystérique mâle. Tous les deux mois, à deux jours près, il était saisi d'un vertige accompagné de lipothymie, avec aura partant de la colonne vertébrale (sensation de froid et réfrigération réelle le long de la colonne), sans excrétion de sang dans les garde-robes, concomitante ou consécutive. Cette aura apparaît régulièrement deux jours avant la crise, et dure jusqu'à son explosion. Le vertige qui n'a rien de stomacal, s'accompagne de lipothymie, de constriction de la tête et de sifflements dans les oreilles. Les ventouses scarifiées, la quassine, la strychnine, les alcalins, le phosphore n'ont rien produit. Nous le soumettons en ce moment à l'action des courants continus : pôle positif, moelle cervicale : pôle négatif, région précordiale et épigastrique.

L'épidémie de l'an dernier nous a fourni un cas d'angine de poitrine absolument tributaire de la grippe. Cette complication a fini par disparaître au bout de deux mois de traitement.

Au moment même où nous écrivons cette observation un malade jeune, 28 ans, vient de nous être enlevé par une variété de la grippe que nous n'avons vu signalée nulle part et que nous appellerons la variété bulbaire. L'intoxication influenzique, après avoir sévi sur le tube gastro-intestinal (embarras gastrique prolongé), a remonté brusquement à l'origine des pneumo-gastriques et a couché le patient d'une façon définitive dans l'espace de trois jours. Les phénomènes principaux ont été : du nasonnement, la conservation de l'intelligence, sauf à la fin, une oppression considérable à siège apparent rétro-sternal, des inspirations profondes, des ongles violacés, l'absence du pouls et, comme signes négatifs, l'état parfait à l'auscultation du poumon, du cœur et des gros vaisseaux. Nous rapprochons cette terminaison de la terminaison bulbaire diphtéritique.

La forme névralgique peut enfin rentrer dans le même cadre. Nous ne parlons pas ici des douleurs névralgiques banales qu'on rencontre dans presque toutes les variétés de la grippe. Ici ce sont des douleurs fulgurantes qui sévissent principalement dans les membres et obligent les malades à sortir du lit en poussant de véritables hurlements. Dans ces cas l'antipyrine fait merveille.

Nous l'employons très peu dans les autres formes, l'antipyrine, comme l'acide phénique, étant absolument nuisible, dans les maladies à dépression.

Sa nature.— Quelle est la nature d'une maladie qui s'appuie sur deux éléments communs : « la congestion et le catarrhe », qui saisit, comme la foudre, frappe les riches comme les pauvres, atteint à la fois les séreuses et les parenchymes, les muscles et les nerfs, s'affirme ici par des fausses membranes, là par des catarrhes gastro-intestinaux infectieux, qui s'annonce par la parésie des centres nerveux, ou leur exaltation (douleurs fulgurantes, manie), qui supprime les sécrétions, (sécheresse des muqueuses buccale et nasale) ou les précipite (catarrhe pharyngo-nasal, catarrhe pulmonaire et intestinal, suette et diurèse), qui anéantit les fibres lisses (dilatation de l'estomac), et commande aux fibres striées (impotence musculaire), qui tue les faibles et désempare les puissants au point de les laisser rouler presque comme un cadavre au fil de la convalescence ? Qu'est-ce qu'une pareille maladie, sinon la plus étonnante des intoxications ? La toxine qui la constitue est profondément humaine, si l'on peut s'exprimer ainsi, puisqu'aucune substance humaine ne lui échappe et que tous les organismes en sont tributaires, puisque sous l'apport du sang tous les tissus la subissent et jettent, au contact de ce courant vicié, les clameurs redoutables qui leur sont propres. Le microbe qui la sécrète, quoique mal déterminé encore, existe bien et, disons-le, ce doit être un microbe bien distingué dans l'espèce pour avoir réalisé en pathologie le type idéal des infections, l'infection pandémique.

Ses méfaits, son utilité.— Nous n'avons pas ici à les signaler. Une maladie est toujours un méfait réel. Ce méfait croît avec son universalité. La grippe est une pandémie, son mérite est de frapper les riches et les pauvres. C'est une maladie franchement démocratique, l'esclave de Nubie et le khédive d'Egypte sont égaux devant elle.

Saluons donc, sans trop d'enthousiasme toutefois, cette noble émissaire de l'égalité. Elle tue les faibles, c'est incontestable, mais disons, à son honneur, que, si elle n'emporte pas les puissants, elle fait tout pour y arriver. Elle fait sa proie des déshérités, des débiles. Les mal construits, les vieillards, voilà sa moisson. Tout ce qui n'a pas de résistance, passe sous la meule.

Est-ce un bien, est-ce un mal ?

Personne ne professe plus que nous le respect des infirmités involontaires, nous vénérons, sans excès, les bossus, les boiteux et les culs-de-jatte. Il y a là une injustice apparente qui marche avec la pitié, mais tout cela disparaît devant l'implacabilité mathématique. Les lois de la sélection ont leur nécessité inéluctable et la grippe ne fait qu'apporter à la Société moderne, en fauchant ces non-valeurs, les procédés durs, intransigeants, mais nécessaires de Lacédémone : c'est très beau, un patriarche, mais devant les lois économiques, c'est une bouche inutile, c'est du bois mort ! l'influenza y met la cognée. Elle n'a qu'un cri : malheur aux faibles !

Place aux forts ! Le sentimentalisme qui certainement est le plus bel apanage de l'homme doit s'effacer devant cette nécessité incessante des forces jeunes et productives. Il faut chez nous des agents selon Darwin, des droitiers, non des mal bâtis, des rectilignes et non des bossus.

Beaucoup de bien et beaucoup de mal, voilà le bilan de la grippe devant les besoins de l'état social, et, nous en demandons pardon à ceux qui l'ont eue, nous ne savons trop si, devant la mécanique implacable de ce monde, nous n'avons pas le droit de dire dans une certaine mesure, que « si elle n'existait pas, il faudrait l'inventer ». Impitoyable pour tout ce qui n'a pas de résistance et ne peut que perpétuer la faiblesse, elle tue les vieillards, bouches inutiles, et précipite par tous les moyens (bronchite capillaire, asystolie, etc.) la danse macabre des malformés.

Dr S. Reignier,
de Surgères,
membre correspondant de la Société de Médecine pratique de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Association générale des Médecins de l'Oise

Conclusions votées par l'Association générale des médecins de l'Oise dans sa séance du 4 octobre 1891 au sujet de l'organisation du service médical des indigents.

Art. 1. Considérant que le système départemental, avec sa tarification par visites, paraît sauvegarder le mieux l'indépendance du corps médical et la liberté de l'indigent, l'Association des médecins de l'Oise adopte d'une manière générale ce système, afin de faire preuve des sentiments de bonne volonté dont tous ses membres sont animés pour assurer le service médical des indigents.

Art. 2. Les honoraires par visites ou consultations à la résidence du médecin restent fixés à 1 fr. *au minimum.*

La Société exprime l'avis que cette rémunération est absolument insuffisante, elle ne l'accepte que provisoirement, se réservant d'en demander prochainement l'élévation à un taux supérieur.

Art. 3. L'Association exprime le désir que l'administration veuille bien fixer un prix spécial pour la visite de nuit.

Art. 4. Pour toute visite faite hors de la résidence du médecin, l'Association demande que l'administration veuille bien fixer une indemnité kilométrique de déplacement.

Art. 5. Pour toute visite autre que la visite simple, c'est-à-dire comportant un pansement ou une opération chirurgicale, le prix sera fixé par le médecin lui-même d'après le tarif minimum, c'est-à-dire celui adopté par les Sociétés de secours mutuels.

Art. 6. Le médecin sera toujours convoqué et aura voix consultative pour la confection des listes d'indigents.

Art. 7. L'Association des médecins de l'Oise émet le vœu qu'en attendant le vote de la loi régissant l'assistance publique dans les campagnes et la création d'hôpitaux cantonaux, les municipalités s'efforcent de mettre à la disposition des médecins un local permettant d'isoler les malades, et de pratiquer les opérations chirurgicales avec chances de succès.

Art. 8. L'Association exprime le vœu que les soins des médecins ne soient pas rendus absolument illusoires, par l'impossibilité où se trouve souvent l'indigent de payer le prix des médicaments prescrits ; qu'en conséquence l'administration veuille bien prendre des mesures pour faire assurer à l'indigent par les communes la fourniture des médicaments et appareils.

La responsabilité des industriels.

« Sous ce titre, nous avons publié trois lettres de M. le docteur Pillière, de M. Paul Delahaut, maire de Warcq, et de M. le docteur B..., relatives à un accident survenu à un ouvrier résidant à Warcq.

A ce propos, le bureau de l'Association des médecins de la vallée de la Meuse nous prie d'insérer la communication suivante :

« Monsieur le Directeur,

« Nous vous prions d'insérer dans un prochain numéro de votre journal cette réponse à l'attaque dont l'Association des médecins de la vallée de la Meuse a été l'objet de la part de M. Delahaut, maire de Warcq.

« Le fait qui a provoqué l'article de M. Delahaut est celui-ci : un ouvrier est blessé dans une usine, on cherche un médecin dans les deux villes, et aucun ne consent à se rendre auprès du blessé, parce que le patron a refusé de signer le billet qui lui fut présenté et dont voici un spécimen :

STATUTS
DE
L'ASSOCIATION DES MÉDECINS
de la vallée de la Meuse

RAPPORTS DES MÉDECINS AVEC LES INDUSTRIELS

Art. 4. — Quand un médecin sera appelé pour donner des soins à un ouvrier blessé dans les usines d'un industriel qui n'a avec lui aucun traité ni direct ni indirect, il ne devra les continuer, après les premiers soins que commande l'humanité, que s'il a obtenu la signature de l'industriel ou de son représentant sur cet imprimé :

Le soussigné, industriel à.........................., s'engage à régler les honoraires du docteur.................. et des confrères qu'il pourrait appeler pour les soins à donner à son ouvrier...................................... blessé le.................... (Signature.)
.... *le* .... 189 .

« Cet article 4 a été inséré dans nos statuts pour répondre à un incident dont deux d'entre nous ont été victimes et qui a révolté tout le corps médical des Ardennes.

« Au mois de septembre 1886, un industriel des environs de Charleville ayant un blessé dans son usine, envoie chercher le médecin de sa région qui, après avoir examiné le blessé, déclare l'amputation du bras nécessaire. Il était nuit, l'industriel envoie immédiatement son fils quérir un médecin à Charleville. Celui-ci s'empresse de se transporter dans cette localité et l'opération est faite.

« Au bout du temps voulu, le malade étant guéri, personne, ni patron, ni assurance ne se présenta pour payer les soins. A la fin de l'année, les confrères envoyèrent leur note, pas de réponse. L'année suivante, même silence. L'affaire fut portée devant M. le juge de paix du canton, lequel magistrat condamna l'industriel à payer. Ce dernier en appela et gagna cette fois son procès. La loi, sinon le bon sens, était contre nous, de l'avis des trois éminents jurisconsultes dont prit conseil à cette époque l'Association générale des médecins des Ardennes, et tous trois nous conseillèrent alors d'avoir recours au procédé qui a tant éveillé les susceptibilités humanitaires de M. Delahaut.

« Nous devons reconnaître que dans notre contrée, les industriels qui ont du cœur et quelque souci de leur responsabilité ont, pour la plupart, pris des arrangements, soit directement, soit indirectement avec un médecin pour mettre leurs ouvriers à l'abri des coups du malheur.

« Quant à ceux qui ne songent qu'à se dérober à leurs devoirs, qu'ils le sachent une fois pour toutes, nous ne consentirons plus à être leurs dupes et si un de leurs ouvriers, par suite du manque de soins, tombe dans une impotence fonctionnelle définitive ou meurt, eh bien ! ils

ouvriront leur bourse pour faire à ce malheureux ou à sa famille les rentes d'usage.

« Il est évident pour nous que c'est à l'industriel et non à l'ouvrier blessé qu'incombe le devoir de régler nos honoraires.

« L'ouvrier pendant son chômage et longtemps après peut à peine subvenir à ses besoins ainsi qu'à ceux de sa famille ; il y aurait vraiment inhumanité à s'adresser à lui pour être payé.

« Ceci dit, et pour en revenir à l'article de M. Delahaut, nous nous demandons pourquoi M. le maire de Warcq, si friand de bonnes actions, voyant le patron se dérober, n'a pas spontanément et largement ouvert son porte-monnaie. Sans doute par accès de délicatesse, et pour laisser tout l'honneur à nos confrères ; mais à ce compte M. Delahaut pourra se payer d'innombrables bonnes actions sans craindre l'aplatissement de sa bourse.

« Il est si doux de faire le bien à ses semblables avec la peine des autres !

« Quant à la corporation médicale, M. Delahaut, elle a pour habitude de ne pas marchander en faisant le bien, et cela se chiffre par milliers de francs par an pour chacun de ses membres, mais elle trouve qu'entre la bonté et la naïveté, il y a la même distance qu'entre les bons conseils et les actes.

« Aussi a-t-elle le droit de regarder fièrement en face ceux qui prétendent lui donner des leçons, et de leur demander où sont leurs titres pour venir lui parler de dévouement, d'humanité, de charité.

« En finissant, nous vous serions reconnaissant, monsieur le Directeur, de vouloir bien rectifier votre compte rendu. Vous dites qu'un médecin plus humain a bien voulu se rendre auprès du blessé ; c'est une erreur : le premier médecin appelé a donné les soins que comporte l'humanité et s'est refusé, conformément à nos statuts, à les continuer, parce que le patron s'est dérobé ; un second et un troisième médecin appelés ont refusé de même leurs soins pour les mêmes motifs.

« Veuillez agréer, monsieur le Directeur, avec nos remerciements pour l'hospitalité de vos colonnes, l'assurance de notre considération distinguée.

« *Le Bureau de l'Association des médecins de la vallée de la Meuse.* »

Ainsi que l'on a pu s'en rendre compte par la lecture de ce document, la question qui se pose devient très intéressante et présente un vif intérêt aussi bien pour les patrons et pour les ouvriers que pour les médecins.

Nous aurons l'occasion de revenir sur cette question, laquelle vaut la peine d'être traitée avec un développement complet.

(*Courrier des Ardennes.*)

VARIÉTÉS

La situation du médecin militaire dans l'armée.

L'*Union médicale* résume, en ces termes, divers articles du Dr Noel, parus dans le *Bulletin médical*. Nous reproduisons ce résumé et nous nous associons aux conclusions de l'auteur.

« Au mois de mars et d'avril 1891, le docteur Boyer médecin-major du 1er spahis, dont la garnison principale est à Médéah, adressait, en suivant la voie hiérarchique, des rapports relatifs à la conduite du capitaine B... D'après lui, le capitaine volait ses hommes, les brutalisait et de plus réclamait d'eux des complaisances inavouables ; la santé des soldats se trouvait tellement compromise par suite de l'alimentation insuffisante qu'ils recevaient, que le docteur Boyer avait dû s'émouvoir. M. R., lieutenant au même régiment, déposait en même temps contre son supérieur une plainte visant les mêmes faits.

L'autorité militaire, craignant un gros scandale, mit le capitaine B... dans l'obligation de faire valoir ses droits à la retraite et lui enleva immédiatement le commandement de son escadron. En même temps, le lieutenant R... fut envoyé en punition à Laghouat.

Le capitaine B..., pour se venger, guetta le docteur Boyer, l'insulta publiquement et voulut le forcer à se battre, afin de le contraindre au silence, l'affaire d'honneur ayant été réglée sur le terrain.

Le docteur Boyer refusa de croiser le fer avec un homme voleur et de mœurs ignobles, mais déclara qu'il accepterait le combat avec celui des officiers du 1er spahis qui voudrait remplacer le capitaine B... Aucun officier n'accepta cette mission.

Sur ces entrefaites, le lieutenant-colonel commandant le régiment infligea successivement au docteur Boyer, sous différents motifs, trente jours d'arrêts simples, soixante-douze jours d'arrêts de rigueur et enfin trente jours d'arrêts de forteresse.

Mais le docteur Boyer avait, dès le mois d'avril, demandé une enquête au général inspecteur. Malheureusement, le ministre de la guerre, mal informé, prescrivit la constitution d'un conseil d'enquête régimentaire. Ce conseil fut alors composé de six membres, dont cinq appartenant au 1er spahis ; ces officiers, soucieux de l'honneur de leur corps, et dont nous partageons d'ailleurs les sentiments, avaient le plus grand intérêt à justifier leur excamarade, le capitaine B... On ne cita *aucun témoin*. Le capitaine fut déclaré innocent et le conseil du 1er spahis décida que le docteur Boyer, qui avait refusé de se battre avec un officier qu'il considérait comme méprisable, avait forfait à l'honneur. Nous tenons à dire ici que nous laissons la responsabilité de tout ce récit à notre confrère, car il nous semble un peu extraordinaire.

Quelques jours après, pendant que le docteur Boyer faisait trente jours d'arrêts de rigueur, infligés par le commandant de la P..., le capitaine B... n'ayant plus de spahis sous ses ordres fut, paraît-il, surpris *en flagrant délit* de conversation criminelle avec un jeune Arabe.

Le chef escadron de la P..., chargé de cette affaire, rendit une ordonnance de non-lieu, et fit partir pendant la nuit le capitaine B... qui s'embarqua pour la France ; il fut mis à la retraite en y arrivant.

Le docteur Boyer fut placé en non-activité par retrait d'emploi, sans en savoir le motif, et le lieutenant-colonel du régiment lui infligea trente jours d'arrêts de forteresse pour avoir laissé publier les lettres dans lesquelles il lui demandait, ainsi qu'au plus ancien capitaine du 1er spahis, si l'un des officiers du régiment voulait répondre de l'honorabilité de B..., en se substituant à lui sur le terrain. A la fin de ses arrêts, le docteur Boyer fut embarqué pour la France.

A la fin de l'année dernière, le docteur Boyer, appelé en Algérie, pria deux de ses amis d'aller trouver M. Lapostolle, capitaine-trésorier du 1er spahis, et il résulte des réponses de ce dernier que le courage du docteur Boyer n'a été mis en doute par personne au régiment, que les témoins mêmes de M. B... le considéraient comme un malhonnête homme et qu'enfin aucun officier n'a voulu accepter la responsabilité de sa conduite. Le procès-verbal de la conversation a été publié par la *Vigie d'Alger*.

La punition de M. le docteur Boyer est donc absolument injuste, si les faits que raconte notre confrère sont exacts,et nous voulons encore en douter. Il nous semble qu'une enquête sérieuse est absolument nécessaire : si le capitaine B... a été faussement accusé et se trouve victime d'un concours exceptionnel de circonstances, les officiers d'un régiment justement honoré dans l'armée française, qui ont eu alors raison de l'absoudre, ne pourront qu'être heureux du résultat ; si, au contraire, le docteur Boyer a raison, il doit être réintégré dans les cadres de l'armée, et le 1er spahis n'aura qu'à se féliciter d'être débarrassé d'un officier comme le capitaine B...

Nous espérons que M. le ministre de la guerre voudra bien s'occuper de cette affaire que nous lui signalons après la *Vigie algérienne* et la plupart des journaux de la colonie.

P. Ch.

Les responsabilités du commandement dans les épidémies.

Dans une ville que nous ne nommerons pas (le nom ne faisant rien à l'affaire), le service des eaux, se trouvant à court d'eau de source, puisa dans la rivière pour remplir ses réservoirs. Au bout du temps ordinaire d'incubation, épidémie de fièvre typhoïde s'étendant dans la population civile et dans la garnison. Sur la demande du service de santé, on prescrit de faire bouillir l'eau destinée à la troupe. Dans un des corps de la garnison on n'exécute pas cette mesure, sous prétexte que les ustensiles manquent; les cas de fièvre typhoïde s'y multiplient et prennent une gravité spéciale.

Le chef du service des eaux, qui prescrit de mêler l'eau de rivière à l'eau de source, a commis une série d'homicides avee cette circonstance aggravante que, par profession, il doit être au courant de l'origine hydrique de la fièvre typhoïde. Et cependant, il n'a pas été et ne sera pas inquiété. Du reste, que lui dire après ce qui se passe à Paris, où nos édiles, sous prétexte d'égalité, promènent tour à tour dans chaque quartier « l'arrosoir à fièvre typhoïde ? »

Et ce chef de corps qui se refuse à exécuter les prescriptions d'hygiène, et permet, par suite, à la maladie de prendre une gravité effroyable, combien a-t-il commis d'homicides, non plus par imprudence, mais par entêtement ? Il s'en tirera cependant avec un blâme tout au plus.

(*Bulletin médical.*) Dr Noel.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de Bastia.

Procès-verbal de la réunion du 3 *janvier* 1892.

L'an mil huit cent quatre-vingt-douze, le 3 du mois de janvier, à 3 heures de l'après-midi, les médecins soussignés, réunis dans une des salles de l'Hôtel de Ville, à Bastia, ont décidé la formation d'un Syndicat médical.

Etaient présents,

MM. les docteurs: Pitti-Ferrandi, — Ramaroni. — Filidori. — Felici. — Cristofari. — Negroni. — Nicolaï. — Agostini (Jacques). — Agostini (Jean-Baptiste). — Saliceté. — Durazzo, de Centuri. — Battesti, de Corte. — Santelli, de l'Ile-Rousse. — Valentini, de Bastia. — Querini, de Giocatojo. — Morucci, de Vescorato. — Marchetti, de Tolasani.

L'assemblée a procédé à la nomination de son bureau ; et les membres nommés au scrutin secret sont :

MM. les docteurs :

Piti-Ferrandi, *Président* ;
Ramaroni, *Vice-Président* ;
Cristofari et Felici, *Assesseurs* ;
Filidori, *Secrétaire-Trésorier* ;
Carbuccia, docteur en droit, *Avocat-Conseil* ;

Sur la proposition de son président, l'Assemblée a examiné les statuts du Syndicat, qui ont été adoptés dans la teneur suivante :

Statuts du Syndicat médical de Bastia.

TITRE I

Fondation du Syndicat.

Art. 1. — Les médecins soussignés se sont constitués, en date du 3 janvier 1892, en Société civile, sous le nom de Syndicat médical de l'arrondissement de Bastia.

Art. 2. — Le Syndicat a pour but :

1° La défense des intérêts professionnels, l'étude et la solution des questions qui intéressent les relations du médecin ; 1° avec ses confrères ; 2° avec les clients ; 3° avec les organisations sociales extérieures ; enfin la rédaction d'un tarif d'honoraires que les soussignés s'engagent à faire scrupuleusement respecter.

Art. 3. — La durée de l'Association est illimitée, son siège est au domicile du Syndic-Président.

Art. 4. — Tout membre nouveau, après l'année courante, devra être présenté par un confrère et admis à la majorité et au scrutin secret.

Art. 5. — Sont compris dans cette Association, les médecins régulièrement diplômés, résidant dans le département de la Corse qui en ont fait la demande et adhèrent au présent règlement.

Ils prennent, en signant le présent, l'engagement d'honneur d'en observer fidèlement les différents articles et d'accepter les décisions prises par l'Assemblée.

TITRE II

Administration-Fonctionnement.

Art. 6. — Le Syndicat est administré par un bureau composé d'un Président, d'un vice-Président, de 2 assesseurs, d'un secrétaire-trésorier.

Art. 7. — Les membres de ce bureau sont nommés à la majorité absolue des membres présents, au scrutin secret et par bulletin uninominal. Toutefois, les sociétaires empêchés de venir à la réunion devront prendre part au scrutin conformément à l'art. 12.

Art. 8. — Les membres du bureau sont nommés pour un an, ils sont rééligibles.

Art. 9. — Les réunions auront lieu tous les 3 mois à Bastia.

Art. 10. — Les convocations aux réunions sont faites huit jours à l'avance par les soins du secrétaire-trésorier, elles mentionneront l'ordre du jour et le lieu de la réunion.

Art. 11. — L'assistance aux réunions est obligatoire pour tous les membres syndiqués.

Art. 12. — Tout sociétaire qui ne peut assister à la réunion doit s'excuser par lettre et donner à un confrère le pouvoir de le représenter et de prendre part en son nom aux différents scrutins. Une dépêche, adressée au dernier moment à des membres de l'association, constitue suffisamment ce pouvoir.

Art. 13. — Des réunions extraordinaires, pourront dans les cas urgents, être provoquées par le Président ; les lettres de convocation devront en mentionner l'objet.

Art. 14. — Le Président représente la Société en toutes circonstances, il peut demander l'adjonction des autres membres du bureau dans toutes les relations extérieures.

Art. 15. — Il est chargé de la direction des débats et du maintien de l'ordre dans les réunions. En cas

d'absence, il est remplacé par le vice-président ou par le plus âgé des assesseurs.

Art. 16. — Le secrétaire est chargé de rédiger un compte rendu sommaire de chaque séance ; ce compte rendu est adressé au journal le *Concours médical*, qui en fait parvenir des exemplaires aux membres du Syndicat.

Art. 17. — Le secrétaire-trésorier encaisse les fonds du Syndicat; il en solde les dépenses. Chaque année, à la réunion du premier trimestre, il rend compte de sa gestion et de l'état de la caisse.

Art. 18. — Toute discussion étrangère au but de l'Association, est interdite.

Art. 19. — Les conflits entre confrères syndiqués seront soumis à la diligence des parties à l'examen du bureau, qui interviendra dans la mesure qui lui paraîtra convenable.

Art. 20. — L'Assemblée pourra se prononcer sur l'impression et la publication de tous documents qu'elle jugera nécessaires.

Art. 21.— L'Assemblée s'adjoindra, pour Conseil, un avocat de la ville qui sera choisi au scrutin par la majorité des votants.

Art. 22. — Les conflits entre médecins et clients, entre médecins et administrations ou collectivités quelconques, sont soumis aux décisions de l'Assemblée du Syndicat après examen, enquête, et rapport du bureau, sur la demande du médecin intéressé.

Art. 23. — Le Président, d'accord avec les membres du bureau, nommera un agent qui sera chargé, moyennant une redevance de 2 à 5 %, du recouvrement des honoraires dont les membres syndiqués voudraient bien lui confier le soin.

Art. 24. — Des modifications au présent règlement pourront être faites en assemblée du Syndicat. La lettre de convocation devra en faire mention.

TITRE III.

Fond social.

Art. 25. — Le fonds social est constitué par les dons volontaires et par les cotisations annuelles des membres.

Art. 26. — Le chiffre de cotisation annuelle est fixé à 12 francs ; cette somme est recouvrable en séance ou par la poste et exigible dans le courant du premier trimestre.

Art. 27. — Les fonds versés dans la caisse de la Société lui restent acquis, en cas de retraite volontaire ou forcée de ses membres. Par conséquent, chaque adhérent déclare faire l'abandon pur et simple de sa part du fonds social et renoncer, tant pour lui que pour ses ayants droits à produire jamais de réclamation à cet égard.

Art. 28. — L'Assemblée vote chaque année l'emploi des fonds disponibles.

Art. 29. – Le fonds social est destiné à couvrir les dépenses communes, les frais de bureau, d'impression, de correspondance, etc., etc.

Avant de se séparer, les médecins syndiqués ont désigné une Commission, composée de MM. les docteurs Cristofari et Agostini (Jacques), pour élaborer un projet de tarifs d'honoraires, et s'est ajournée au 17 janvier prochain.

Ont signé les statuts :

MM. les docteurs : Pitti-Ferrandi, Ramaroni, Cristofari, Félici, Nicolaï, Filidori, Negroni, Agostini (Jacques), Agostini (Jean-Baptiste), Santelle, Valentini, Querini, Saliceti, Morucci, Marchette, Burazzo, Battesti.

Pour copie conforme,

Le Secrétaire,
Filidori.

Syndicat Médical des Basses-Cévennes

Séance du 13 octobre 1891, tenue à Sommières.

Présents : MM. Mazel, Président. — Bourguet. — Rocheblave. — Maquet. — Bourras. — Balestrier. — Boutes. — Tarrou.

Excusés : MM. Teissonnière. — Dumas. — Cambassèdès. — Nines. — Galtier.

M. le docteur Mazel, président, déclare la séance ouverte : le Dr Tarrou, en l'absence du Dr Cambassèdès, remplit les fonctions de Secrétaire.

L'ordre du jour porte :

1° Organisation du Syndicat médical du Gard ; communication des statuts ; nomination des délégués du Syndicat des Basses-Cévennes.

Le président distribue aux membres présents un exemplaire des Statuts qui ont été rédigés dans la réunion tenue le 23 mai 1891, chez M. le Docteur Perrier, Président de la Société de Médecine de Nîmes, par les délégués munis des pleins pouvoirs de leurs confrères.

Les délégués du Syndicat des Basses-Cévennes, MM. Mazel et Bourguet sont confirmés dans leur mandat pour une période de trois ans.

2° Vœu relatif à la suppression de l'officiat de Santé.

Le Dr Mazel propose le vœu suivant qui est adopté à l'unanimité des membres présents, et sera transmis à MM. les Sénateurs et Députés de la région :

Le Syndicat Médical des Basses-Cévennes, réuni à Sommières le 13 octobre 1891 :

Considérant que l'officiat de santé est une institution caduque qui n'est plus en rapport avec les nécessités du temps présent :

Que sa suppression n'entraînerait aucun inconvénient pour les populations de la campagne ;

Que l'alliance des médecins officiers de Santé de France, par un document public, s'est prononcée catégoriquement contre son maintien.

Adopte à l'unanimité le vœu suivant :

L'officiat de Santé doit être supprimé conformément au projet de loi Chevandier déjà voté par la Chambre des députés et à l'avis exprimé par le Conseil général du Gard dans sa session d'août dernier.

3° Règlement des Cotisations. En raison du nombre des Cotisations en retard, le Syndicat décide que le Secrétaire-Trésorier fera recouvrer par la poste, dans un délai de quinze jours après la réunion d'automne les cotisations qui n'auront pas été versées à cette réunion. Cette nouvelle disposition sera mentionnée dans les lettres de convocation.

4° Nomination du bureau.

Le scrutin donne les résultats suivants :

Président, Dr Mazel, *Vice-Président*, Dr Galtier, *Secrétaire-Trésorier*, Dr Cambassèdès.

La prochaine réunion aura lieu à Sommières.

REPORTAGE MÉDICAL

L'Association générale et l'indemnité de maladie. — Nous apprenons que, dans sa dernière séance, le *Conseil général* aurait modifié ses vues directrices au sujet de l'emploi des ressources annuelles de l'Association. — Désormais la plus grande part de celles-ci serait consacrée, ainsi que des dons considérables, qu'on est déjà assuré d'obtenir, à commencer la création, par l'Association, d'une caisse spéciale d'*indemnité de maladie*. Les sociétés locales, en vue d'un contrôle rigoureux de la dispensation de l'indemnité à leurs membres, seraient tenus de verser partie des sommes qu'elles recevraient de la Caisse centrale. Cette indication des tendances actuelles du Conseil général est faite pour nous donner quelque satisfaction, d'autant plus que, paraît-il, le Conseil général ne serait nullement hostile à la constitution, en de-

hors de lui, d'une caisse d'indemnité de droit, sous une forme quelconque, qu'il encouragerait au contraire.

— *Enseignement municipal de la Médecine.* — D'accord avec le Ministre de l'instruction publique, le Ministre de l'intérieur a cru devoir ajourner l'inscription de la subvention de 50,000 francs faite au budget de 1892 par le Conseil municipal pour la création d'un enseignement médical dans les hôpitaux. Le gouvernement estime que la loi du 12 juillet 1875, qui permet aux particuliers et aux associations privées d'avoir des établissements d'enseignement supérieur, n'autorise pas les villes à fonder des établissements de ce genre. — Cette décision, absolument contraire aux intérêts de l'enseignement, de la science et du pays, ne nous surprend qu'à moitié. Elle est peu libérale et, comme le Conseil municipal n'a pas dit qu'il voulait fonder une école officielle, nous ne voyons pas en quoi la loi du 12 juillet 1875 est violée. (*Progrès Médical.*)

— Dans sa dernière séance, le conseil d'Etat statuant au contentieux, a rendu une décision d'une portée générale au point de vue des *pouvoirs des maires en matière de contrôle de la salubrité des denrées alimentaires.*

Il a été reconnu, en effet, que le maire peut valablement prescrire que toutes les denrées alimentaires entrant en ville pour y être vendues, devront être apportées sur les marchés ; en effet, cette mesure, qui a pour but de permettre aux inspecteurs municipaux d'en constater la salubrité, ne porte aucune atteinte au droit des cultivateurs de les vendre selon le mode qui leur convient.

Mais l'autorité municipale ne peut agir que dans un but de salubrité, et son arrêté serait irrégulier s'il avait en vue, non un intérêt exclusif d'hygiène publique, mais l'intérêt financier de la commune, en imposant le payement des droits de place à tous les producteurs sans exception, même à ceux qui vendent à d'autres marchands.

C'est ainsi que le conseil d'Etat a annulé un arrêté du maire d'Orléans, qui, après avoir ordonné que toutes les denrées apportées en ville pour y être vendues ou pour y être livrées à des acheteurs qui en font le commerce seraient transportées d'abord et exposées sur les marchés, avait ajouté que les producteurs ou marchands forains devraient, à leur entrée, présenter leur carte d'abonnement ou acquitter les droits de place.

(*Bulletin médical.*)

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Le naphtol B dans le traitement des otites suppurées

Le naphtol B a donné de bons résultats à M. R. Hang, dans les otites moyennes suppurées chroniques, en insufflation dans l'oreille, après dessiccation du conduit et de la caisse autant que faire se peut.

On l'emploie aussi en solution alcoolique de 1,5 à 3 0/0. Sur 27 malades atteints d'otite suppurée chronique ou subaiguë et traités par ce procédé, la guérison a été obtenue dans 24 cas, dans un temps qui a varié de 6 jours à 29 jours.

(*Bull. médical.*)

Traitement de la cystite par l'acide oxalique

Le Dr Renaud (d'Harfleur), se sert de l'acide oxalique dans la cystite, et s'en déclare très satisfait.

Il emploie la formule suivante :

Acide oxalique	1 gr.
Sirop d'écorce d'orange amère	30 gr.
Eau distillée	120 gr.

à prendre par cuillerée à soupe dans l'espace de deux jours.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

3690. M. le Dr Floquet, médecin du Palais de Justice, présenté par M. le Directeur.

3691. — M. le Dr Aslanian, de Touquin (Seine-et-Marne), présenté par M. le Dr Noset, de Rozoy-en-Brie.

3692. — M. le Dr Mattei, de Basse-Terre (Guadeloupe), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr Martin, de Vitry-le-François (Marne).

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Antisepsie interne. Mercure et broncho-pneumonie (1).

M. *Albert Robin* a observé une femme de 39 ans qui, au cours d'une éruption de roséole syphilitique avec plaques muqueuses de la gorge, fut prise d'une broncho-pneumonie pseudo-lobaire avec état typhoïde, qui se termina par la mort. A l'autopsie, au niveau du poumon droit, les lésions classiques de la broncho-pneumonie à noyaux confluents, avec vacuoles purulentes en certains points. Foie très gros, jaunâtre et graissant le couteau, ayant l'apparence d'un foie infectieux. Rate pesant 680 grammes, violacée, molle, diffluente. Reins volumineux, congestionnés. L'examen bactériologique et les cultures du liquide séro-purulent contenu dans la plèvre et du pus broncho-pulmonaire démontraient la présence de streptocoques identiques à ceux du pus de l'érysipèle, des staphylocoques dorés et des diplocoques non encapsulés différents du pneumocoque et se rapprochant du micro-organisme décrit par Virchow dans la grippe.

Et cependant cette femme avait été soumise, pendant 36 jours consécutifs, au traitement mercuriel ; elle avait pris dans cet espace de temps 1 gr. 70 de bichlorure de mercure, soit 47 à 48 milligrammes par jour, ce qui ne l'a pas empêchée de contracter à l'hôpital une broncho-pneumonie des plus graves, résultat d'une triple invasion microbienne.

Ainsi, la méthode d'antisepsie interne qui consiste à saturer l'organisme par le plus puissant des antiseptiques, le mercure, pour prévenir une infection microbienne, modérer la pullulation des micro-organismes, atténuer leur virulence, cette méthode si scientifique, si rationnelle qu'elle paraisse, n'est pas applicable à la thérapeutique. Il faudrait, pour qu'elle fût utilisable, qu'on trouvât un antiseptique qui n'amoindrît pas les diverses manifestations bio-chimiques de l'activité vitale et le potentiel des réactions cellulaires.

(1) Académie de médecine.

En outre, il est permis de croire que si les micro-organismes de la broncho-pneumonie peuvent se développer avec toutes leurs propriétés nocives dans un organisme saturé de mercure, il est à supposer que l'administration de cet agent, alors que la maladie est en pleine évolution, sera au moins inutile et qu'il n'y faut compter d'aucune façon pour réaliser l'antisepsie interne. En pareille matière, l'expérimentation *in vitro* ne suffit pas ; il faut tenir compte des aptitudes de réaction morphologique et chimique, autrement dit de l'ensemble des activités cellulaires de l'organisme.

Du traitement de la neurasthénie par la transfusion nerveuse.

M. *Constantin Paul* rappelle la communication de M. Brown-Séquard à la Société de biologie en 1889 sur l'action du suc testiculaire dans la neurasthénie. Cette injection devait être ou un tonique ou un excitant. L'expérience a montré qu'il n'y a pas eu de dépression consécutive ; ce n'est donc pas un excitant, mais un tonique, ne renfermant pas en lui-même les éléments de la force dont on disposera plus tard.

M. C. Paul a pensé à faire quelque chose d'analogue à la tranfusion du sang en faisant une sorte de transfusion nerveuse pour combattre la neurasthénie.

Or, on sait combien les neurasthéniques sont rebelles à la thérapeutique. Chez eux on n'est jamais sûr d'obtenir d'un médicament l'effet qu'on en obtient tous les jours chez les malades moins déséquilibrés. Ils ont, en outre, peu de persévérance pour profiter des mesures hygiéniques, qui exigent, naturellement, pour modifier un organisme, du temps et de la patience. L'effet de la suggestion n'est souvent que passager, et la castration donne peu de résultats, en comparaison de la gravité de l'opération. Enfin, l'électrisation par l'électricité statique, la franklinisation, éloi-

gne beaucoup de malades convaincus de leur incurabilité.

M. C. Paul a injecté à des malades, depuis près d'un an, de la substance nerveuse dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il emploie une solution au 1/10, obtenue ainsi :

1° On prend dans un cerveau de mouton récemment tué 15 grammes de substance cérébrale, de préférence la substance grise (corps optostriés, circonvolutions, cervelet, etc.), et on la divise en petits morceaux ; 2° On la fait macérer pendant vingt-quatre heures dans cinq fois son poids de glycérine pure, c'est-à-dire 75 grammes ; 3° On ajoute ensuite une quantité égale d'eau, 75 grammes ; 4° On verse dans le tube de l'appareil d'Arsonval, et l'on filtre avec une pression de 40 à 50 atmosphères. Grâce à cette énorme pression fournie par l'acide carbonique, on obtient ainsi 150 grammes de solution au 1/10.

Le liquide ainsi obtenu est incolore, transparent ; densité de 1080 à 1090 ; réaction neutre. Il ne renferme aucun élément figuré, ainsi que l'a constaté à plusieurs reprises M. Chartier. Ce liquide se conserve pendant 10 jours sans s'altérer.

Dans ces derniers temps, sur le conseil de M. Gautier, la substance cérébrale a été mélangée avec de l'eau additionnée de sel marin à 12 0/0. On met une partie de substance grise pour cinq parties d'eau salée. Ce liquide, filtré dans l'appareil d'Arsonval, a une densité de 1046. Ce second liquide, additionné de quatre fois son poids d'alcool, devient louche. Il se conserve moins longtemps que le premier et commence à s'altérer légèrement au bout de cinq jours.

L'injection est faite soit au niveau des flancs, soit à la région lombaire, surtout chez les malades qui ont de la rachialgie, car cette douleur est mieux calmée quand l'injection est faite dans un point aussi rapproché que possible du *locus dolens*.

Après avoir stérilisé la région, on fait une friction avec l'eau phéniquée forte et on injecte la solution à l'aide d'une seringue stérilisée.

Lorsqu'on vient de retirer l'aiguille, on constate sous la peau une petite tumeur grosse comme la moitié d'une noix. Le malade éprouve un peu de sensibilité, comme après une injection d'eau pure, sensibilité qui ne dure que quelques minutes. Il ne survient, en général, ni rougeur, ni chaleur, ni œdème, ni douleur, en un mot, aucun des signes d'inflammation locale. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il se produit une petite induration qui dure quelques jours. Une seule fois il y a eu un œdème un peu étendu qui a duré quatre à cinq jours et qui porte à penser qu'on avait peut-être blessé les vaisseaux lymphatiques.

Les premiers essais ont été faits chez un malade atteint de paralysie générale à forme dépressive, et avec son consentement.

M. C. Paul avait d'abord commencé par une dilution de moelle de lapin, mais une moelle de lapin ne donne en tout que trois à quatre grammes de tissu nerveux dans lequel la substance blanche, c'est-à-dire le tissu simplement conducteur, forme les trois quarts de la masse. Il a donc remplacé la moelle de lapin par de la substance grise de cerveau de mouton, le mouton étant un des animaux les moins sujets aux maladies virulentes.

M. C. Paul a rapporté un certain nombre d'observations. Voici ses conclusions :

1. Une solution au dixième de substance grise de cerveau de mouton stérilisée par l'acide carbonique dans l'appareil d'Arsonval, injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané, à la dose de cinq centimètres cubes, est parfaitement tolérée et ne provoque aucune réaction, ni locale, ni générale.

2. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il se produit un peu d'engorgement lymphatique qui disparaît en général en trois ou quatre jours, sept au plus.

3. Sur plus de deux cents injections pratiquées sur douze sujets, il n'y a eu ni abcès, ni pustule acnéique. Il est vrai que l'asepsie a été rigoureuse, ce qui n'existe pas chez les morphinomanes.

4. Le malade sent une légère chaleur pendant quatre ou cinq minutes, rarement plus, et c'est tout.

5. Les régions qui paraissent les plus favorables aux injections sont les régions où le tissu cellulaire est le plus lâche, c'est-à-dire les flancs et la région lombaire.

6. Le premier effet ressenti par les malades est une sensation de force et de bien-être qui leur donne la conscience qu'ils ont à leur disposition une somme de forces qu'ils n'avaient pas auparavant.

7. L'amyosthénie et l'impotence musculaire diminuent rapidement ; les malades en donnent la preuve parce qu'ils peuvent bientôt marcher beaucoup plus longtemps sans se fatiguer.

8. Les douleurs vertébrales et l'hyperesthésie spinale disparaissent au bout de quelques injections. Même dans l'ataxie, on voit les douleurs fulgurantes disparaître.

9. Il en est de même de la céphalée neurasthénique et de l'insomnie.

10. L'impotence fonctionnelle du cerveau disparaît à mesure.

11. Les malades prennent de l'appétit, leur nutrition s'améliore, et, s'ils sont préalablement dyspeptiques, comme certaines chlorotiques, la nutrition se fait mieux, comme en témoigne l'augmentation rapide du poids.

12. Quant à l'impotence sexuelle, elle a été notablement améliorée, mais M. C. Paul n'a eu l'occasion d'observer cette amélioration que chez trois neurasthéniques simples. Il n'a pas cru devoir questionner sur ce point les jeunes chlorotiques, et chez les ataxiques, un seul a gagné.

13. Ce qui est remarquable, c'est que chez l'une des trois chlorotiques neurasthéniques, alors que toutes les fonctions avaient énormément gagné : appétit, force, embonpoint, poids, disparition de tous les troubles nerveux, les couleurs n'étaient pas revenues, et l'anémie restait la même. A cette époque le fer a été très bien supporté et les couleurs sont revenues très rapidement ; la jeune fille restée pâle avait, au bout d'un mois, des couleurs fraîches superbes.

Nous avons donc, pense M. C. Paul, dans l'injection sous-cutanée de substance grise cérébrale un véritable tonique névrosthénique, comme disait Trousseau.

Aujourd'hui, dit-il, si nous empruntons une comparaison à l'électricité, nous dirons que le neurasthénique est un malade dont le système nerveux constitue un accumulateur impossible à charger.

Pendant tout le temps que dure la neurasthénie, le malade a beau manger, il ne peut transformer ses aliments en force dont il aura la libre disposition.

Au moindre mouvement, les forces musculaires, intellectuelles et autres sont épuisées.

L'injection nerveuse permet cette utilisation des aliments et leur assimilation sous cette forme. Le système nerveux devient un condensateur qui peut se charger, et le malade acquiert une somme de forces dont il peut disposer à son gré.

Mais c'est bien la force nerveuse qui se développe la première et permet la marche et le travail intellectuel. Les tissus augmentent de poids, mais le sang ne s'enrichit que plus tard.

Nous voyons donc que l'injection sous-cutanée de substance nerveuse améliore et guérit même les neurasthéniques beaucoup plus rapidement que ne le font d'ordinaire les moyens empruntés à la matière médicale : fer, arsenic, phosphates, opium, alcool, etc. Son action est plus rapide et plus sûre que celle de l'hygiène seule, de la suggestion, de l'ovariotomie et même de l'électricité.

Je crois donc que nous possédons aujourd'hui un tonique nerveux très précieux pour la thérapeutique.

Classification des dyspepsies (1).

M. A. *Mathieu*, en son nom et au nom de M. *Rémond* (de Metz), qui a précédemment étudié la dyspepsie hyperchlorhydrique continue l'exposé de sa classification par l'étude de la dyspepsie nervo-motrice, de la dyspepsie avec hyperacidité organique et de la dyspepsie par stase.

Si on envisage d'abord les faits de dyspepsie nervo-motrice, on observe qu'ils présentent trois caractères distinctifs :

1° L'acidité totale est normale ou inférieure à la normale ;

2° Il n'y a pas, dans l'estomac, de stagnation marquée, ni en particulier, de liquide dans l'estomac à jeun ;

3° L'acide chlorhydrique, libre et combiné, présente un taux normal ou inférieur à la moyenne physiologique.

Lorsque la digestion gastrique est, autant qu'on en peut juger, normale, on ne voit pas bien à quoi on pourrait attribuer les symptômes accusés par les malades, si on ne les rapporte pas à des troubles nerveux, et, sans doute, nervo-moteurs. Les mêmes manifestations peuvent se constater chez des hyperchlorhydriques, ce qui démontre que le fait fondamental est représenté par les phénomènes nervo-moteurs.

La dyspepsie observée dans ces conditions correspond à l'ensemble symptomatique que l'on rencontre si fréquemment chez les neurasthéniques : pesanteur après les repas, sensation de malaise, flatulence gastro-intestinale, renvois, aigreurs, quelquefois pyrosis, le plus souvent constipation. A l'examen extérieur, on trouve souvent de la distension gazeuse de l'estomac, qui paraît remonter vers le thorax, plus que s'abaisser dans l'abdomen. Les vomissement sont rares chez ces malades.

Il n'est pas probable que l'hypochlorhydrie constitue une circonstance aggravante lorsque l'état général reste satisfaisant et que le pancréas et l'intestin paraissent suffire à mener à bien la digestion des substances albuminoïdes. Du reste, des faits d'ordre clinique et d'ordre expérimental démontrent que, dans certains cas, la digestion stomacale peut être très faible et même nulle sans grand dommage pour les malades.

(1) Société médicale des hôpitaux.

Dans une autre catégorie de dyspepsies, on rencontre, ou bien une acidité exagérée, due à des acides de fermentation, ou bien une stase gastrique accusée. Il y a du reste, sans doute, une relation entre l'hyperacidité organique et la stase, car les fermentations acides ne peuvent guère se comprendre lorsque l'ostomac évacue rapidement son contenu dans l'intestin.

Quand il y a hyperacidité organique (2 à 4 pour 1,000 et même plus), on trouve des aigreurs plus marquées, du pyrosis, quelquefois des vomissements, une sensation de brûlure au creux épigastrique. Les douleurs commencent assez rapidement après l'ingestion des aliments ; elles vont en augmentant pendant une ou deux heures sans présenter l'acuité extrême des douleurs d'origine hyperchlorhydrique. Exceptionnellement, elles peuvent être tardives comme ces dernières.

Dans le cas de stase il y a le plus souvent des vomissements, parfois de grands vomissements évacuateurs, dans lesquels on retrouve des substances alimentaires ingérées la veille ou les jours précédents ; parfois aussi, il y a des crises, plus ou moins prolongées et se répétant dans la même journée, d'intolérance gastrique et de vomissements. Parfois — et c'est caractéristique — on trouve le matin à jeun une grande quantité de liquide dans l'estomac, à tel point, qu'on peut se demander, en pareil cas, s'il n'y a pas rétrécissement du pylore, cancéreux ou non.

En terminant, MM. Mathieu et Rémond expliquent pourquoi, dans leur classification, ils n'ont donné place ni à la gastrite, ni à la dilatation de l'estomac, ni aux crises gastriques.

La gastrite, disent-ils, est souvent d'un diagnostic difficile et incertain. La persistance de l'hypochlorhydrie, l'apparition de la stase, les hématémèses, l'éthylisme antérieur rendent, cependant, son existence vraisemblable.

La dilatation de l'estomac peut se rencontrer avec des états chimiques très différents : hyper ou hypochlorhydrie. La démonstration expérimentale de la toxicité du contenu gastrique consacrerait sa signification pathologique.

Quant aux crises gastriques, ce sont des incidents qui ne sont nullement particuliers aux affections gastriques et aux diverses formes de la dyspepsie. Elles sont très souvent symptomatiques d'une maladie extra-stomacale.

Dyspepsie neurasthénique et dilatation de l'estomac.

M. *P. Le Gendre* a répondu ainsi à la communication de M. Mathieu : « Si je ne m'abuse, plus notre collègue M. Mathieu avance dans son étude des dyspepsies, plus il me paraît s'éloigner de M. Hayem et se rapprocher de M. Bouchard, puisqu'il donne la prééminence à l'élément moteur sur les anomalies du processus peptique.

Je laisse de côté le type hyperchlorhydrique de sa classification, type qui repose sur l'étude chimique pure du contenu gastrique et que M. Bouchard n'a jamais envisagé. Je ne conteste pas la réalité de ce type chimique, bien qu'il y ait lieu, je pense, de faire des réserves sur la corrélation établie entre l'hyperchlorhydrie et les manifestations cliniques que lui attribuent plusieurs auteurs, mais je continue à croire que les autres types de la classification de M. Mathieu : la dyspepsie nervo-motrice, la dyspepsie par hyperaci-

dité organique et la dyspepsie par stase, ne sont que des cas particuliers de la dyspepsie par dilatation de l'estomac.

Je ne crois pas inutile de rappeler que les faits cliniques visés par mon maître, M. Bouchard, n'ont pas uniquement trait à la dyspepsie. En 1884, M. Bouchard soumit à la *Société des hôpitaux* cette idée que l'affaiblissement ou la suppression de la contractilité gastrique et la stagnation prolongée dans l'estomac des résidus alimentaires, qui en est la conséquence, tiennent sous leur dépendance un nombre important de troubles fonctionnels et d'altérations anatomiques, non seulement du tube digestif lui-même, mais encore de la plupart des organes ou appareils, et même de l'économie tout entière. Mais son intention n'a jamais été d'apporter l'explication de toutes les dyspepsies ; il n'a jamais dit que tous les dyspeptiques fussent dilatés, et il déclare expressément que, parmi les dilatés, beaucoup ne sont pas dyspeptiques, en ce sens que beaucoup n'éprouvent aucun des phénomènes réputés révélateurs de la dyspepsie (flatulence, douleurs gastriques, vomissements, etc.).

Cependant, ces dilatés ont bien une viciation du processus digestif, et cette viciation paraît consister dans la production, au sein des résidus alimentaires, de fermentations anormales, ou dans l'exagération de fermentations normales, fermentations qui aboutissent à la formation de nombreux corps chimiques irritants localement ou toxiques. L'état que les auteurs voués à l'étude du chimisme stomacal caractérisent du nom d'hyperacidité organique, correspond bien à l'existence d'un certain nombre de ces corps (les acides lactique, acétique, butyrique, valérique, etc., libres ou en combinaison) ; mais il y a lieu aussi de tenir compte de la présence, dans les résidus chymeux en décomposition, de beaucoup d'autres corps dont le coefficient de toxicité est variable : hydrogène sulfuré, ammoniaques composées, leucine, indol, alcaloïdes divers et albumines toxiques.

Parmi ces corps, il en est qui sont irritants localement pour la muqueuse gastrique; par exemple, les acides gras volatils, et, notamment, l'acide acétique ; ceux-là peuvent donner naissance à une inflammation plus ou moins profonde, simple ou ulcéreuse, de cette muqueuse ; les malades accusent alors un plus ou moins grand nombre des symptômes traditionnellement qualifiés de dyspeptiques. Ces malades-là, en quoi diffèrent-ils des dyspeptiques par hyperacidité organique et des dyspeptiques par stase de la classification de M. Mathieu ?

La dyspepsie nervo-motrice simple de M. Mathieu comprend un grand nombre d'individus atteints de neurasthénie et de névropathie ; ce sont eux que les neuro-pathologistes revendiquent comme étant essentiellement et primitivement malades du système nerveux. Je ne nie pas que bon nombre de dilatés ne soient primitivement des névropathes, mais j'estime avec M. Bouchard, en me basant sur l'évolution de cas bien observés, que chez un plus grand nombre de ces sujets la dilatation gastrique a été primitive et latente et que les manifestations neurasthéniques ou névropathiques sont venues trahir un jour l'auto-intoxication de leur système nerveux, qui, à son tour, peut réagir sur le fonctionnement du tube digestif par suite d'un cercle vicieux si fréquent en pathogénie.

J'ajoute que, même dans le cas de dilatation symptomatique d'une neurasthénie primitive, la conception de M. Bouchard conserve tous ses droits au point de vue de l'explication de beaucoup de troubles ressentis par ces malades, et surtout au point de vue de leur traitement. Combien ne voit-on pas de ces malades névropathes et dilatés, qualifiés de neurasthéniques purs et traités comme tels par l'hydrothérapie, les bromures, le fer, le vin de quinquina, sans qu'on leur ait jamais donné un conseil relatif à leur hygiène alimentaire ! Or, ces malades n'éprouvent aucun soulagement d'une pareille médication, tandis qu'après la suppression des médicaments offensifs de l'estomac, après l'institution d'une diététique appropriée, ils se trouvent considérablement améliorés. Je dis donc qu'il n'y a aucune utilité pratique, c'est-à-dire au point de vue du traitement, à séparer la dyspepsie nervo-motrice de notre dilatation de l'estomac.

On a d'abord reproché à M. Bouchard et à ses élèves de voir la dilatation de l'estomac partout ; et cependant, peu d'années après la publication de son travail, l'accusation première s'était évanouie pour faire place à celle d'avoir exagéré, non la fréquence de la dilatation, qui n'était pas contestable du moment qu'on la cherchait, mais son importance. Ce second reproche ne me paraît pas mieux fondé. Cette importance ressortira, je l'espère, de quelques chiffres de statistique clinique personnelle que j'apporterai dans la séance prochaine ; ces chiffres, en effet, me semblent donner une idée assez exacte de la fréquence respective des divers types cliniques de dyspepsie qu'on rencontre dans la pratique et aussi de la dilatation de l'estomac envisagée dans ses rapports avec la dyspepsie.

M. *Mathieu*. — M. Le Gendre ne me paraît pas très loin d'englober, dans la dilatation de l'estomac, tous les faits que M. Rémond et moi avons rangés dans la dyspepsie nervo-motrice. C'est toujours la même question de savoir qui commence, de la névropathie ou de la dilatation. Pour nos malades, c'était le plus souvent la névropathie. Ces malades sont des distendus de l'estomac, des flatulents. Que de distendu on puisse devenir dilaté avec stase, nous l'admettons, M. Bouchard aussi, du reste.

La question est de savoir dans quelle proportion se fait le passage. Pour ma part, je le crois plutôt rare ; la plupart de nos malades sont restés des distendus et ne sont pas devenus des dilatés avec stase ; ils étaient et ils sont restés, pour le plus grand nombre, dyspeptiques neurasthéniques.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Du curetage de l'utérus (*suite*).

I

Nous avons vu (1) *comment* et avec quelles précautions minutieuses il fallait pratiquer le curetage de l'utérus ; c'est en se conformant à ce manuel opératoire qu'on évitera, à coup sûr, les différents accidents qui ont été signalés ou plutôt qui ont été reprochés au curetage.

(1) Janvier 1892.

M. Berlin (de Nice) passe en revue ces accidents et montre qu'ils sont tout à fait exceptionnels et qu'il ne faut guère en tenir compte au point de vue du pronostic ; ainsi la *perforation* de l'utérus ne doit pas se produire entre les mains d'un opérateur prudent ; tout au plus, peut-on la redouter lorsque le curetage est pratiqué dans un utérus cancéreux ou puerpéral ; l'*hémorrhagie* n'existe guère et, s'il y a écoulement sanguin abondant au cours de l'opération, le meilleur moyen d'arrêter le sang est de compléter l'opération et de la terminer le plus rapidement possible en la faisant suivre du tamponnement intra-utérin avec la gaze iodoformée.

Les accidents inflammatoires, consécutifs au curetage, ne sauraient exister que s'il y a eu une faute de commise contre les règles de l'antisepsie soit au cours de l'opération, soit pendant les soins consécutifs, auxquels il faut attacher une grande importance. Le tamponnement vaginal doit être maintenu pendant une quinzaine de jours environ ; chaque pansement doit être fait par le chirurgien lui-même et avec toutes les précautions voulues. Le premier pansement reste en place pendant 3 ou 4 jours ; les suivants sont renouvelés, tous les 5 ou 6 jours. Lorsqu'on cesse le tamponnement, il faut recourir aux injections vaginales antiseptiques, et n'autoriser les rapports conjugaux qu'au bout de 5 à 6 semaines, temps nécessaire pour la guérison anatomique ; « la reprise trop hâtive des rapports conjugaux, dit M. Berlin, même en dehors de toute blennorrhagie maritale, est une cause possible de réinfection dont il faut se méfier ;..... dans bien des cas,on peut s'en rapporter à la prudence des deux époux ; mais, dans certaines conditions sociales, il n'est peut-être pas superflu de prolonger jusqu'au terme des six semaines, le tamponnement hermétique du vagin ». Sans compter, aurait pu ajouter M. Berlin, qu'en pareil cas, le repos forcé de l'appareil génital contribue puissamment à la guérison des accidents pour lesquels on a pratiqué le curetage.

C'est à tort que l'on a accusé le curetage de produire la stérilité et l'atrésie du col ; c'est un double reproche qu'il faut adresser aux cautérisations intra-utérines, mais dont le curetage est indemne. En effet, le curetage se borne à supprimer une muqueuse malade, sans amener de suppuration, sans détruire la couche choriale profonde, de telle sorte qu'il peut se reproduire une muqueuse saine, douée de toutes les propriétés de la muqueuse primitive. Assez nombreuses sont d'ailleurs les observations où les femmes sont devenues enceintes peu de temps après le curetage ; il y a même des cas où les grossesses se sont produites chez des femmes qui étaient restées stériles auparavant. Toutefois, cette question des grossesses qui surviennent chez des femmes ayant subi le curetage n'est pas encore complètement étudiée au point de vue de l'évolution et du mode de terminaison de la grossesse.

II

Le curetage *bien fait* est donc inoffensif : il donnera des résultats d'autant plus satisfaisants qu'il répondra mieux à une indication formelle ; aussi est-il nécessaire, avant de pratiquer le curetage, de faire un diagnostic complet au point de vue gynécologique. Quelles sont donc les véritables indications du curetage ?

C'est tout d'abord l'*endométrite du corps*, caractérisée par des *hémorrhagies* et par la sécrétion d'une sérosité plus ou moins chargée de globules de pus ; lorsque la muqueuse du corps est seule atteinte et que ses lésions ont résisté à des pansements multiples, le curetage donne des résultats excellents ; il est beaucoup moins efficace contre la métrite du col caractérisée par un catarrhe épais, filant, muco-purulent ; il peut être utile de traiter d'une manière spéciale les lésions du col, en particulier dans les cas invétérés par l'opération de Schrœder (amputation partielle du col) ou par l'opération d'Emmet, quand il y a seulement déchirure latérale limitée par du tissu cicariciel.

Lorsqu'il y a des lésions des annexes, peut-on pratiquer le curetage ? Il faut distinguer : lorsqu'il y a de grosses collections enkystées de la trompe, formant des tumeurs tendues volumineuses, fluctuantes, le curetage est contre-indiqué ; il ne saurait guère donner de résultat. Mais dans les cas, plus nombreux dans la pratique, où sans collection liquide appréciable, les annexes sont enflammées, plus ou moins tuméfiées, notablement douloureuses, le curetage peut être employé comme adjuvant d'un traitement plus complexe (dilatation prolongée, drainage, pansements antiseptiques, etc.). C'est un traitement conservateur qu'on doit toujours tenter avant de soumettre une femme à la castration, mais dont les effets ne peuvent se produire qu'à longue échéance et ne doivent être annoncés qu'avec des réserves formelles. Doléris s'est fait récemment le défenseur de cette méthode de traitement en insistant sur ce que les effets peuvent ne s'affirmer qu'au bout de quelques semaines ou de quelques mois : « Ce n'est pas tout, dit-il, que d'avoir détruit le foyer initial qui alimente les lésions secondaires développées dans le bassin, il faut encore laisser à ces dernières le temps de se liquider à leur tour. On comprend parfaitement qu'il reste, pour une période de temps difficile à limiter, une épine qui réveille la sensibilité des organes, soit au moment des règles, soit à l'occasion d'une fatigue ou d'un ébranlement nerveux. Mais il y a de grands intervalles de silence de la douleur, des semaines, des mois tout entiers, et cette douleur n'est rien comme acuité, en comparaison de ce qu'elle était auparavant. Une fois cette période de décroissance des lésions arrivée à son terme, les malades ne souffrent plus. »

Lorsqu'une amélioration évidente a suivi le curetage et lorsque cependant la guérison n'est pas parfaite, on peut au bout de quelque temps faire un second curettage qui complète souvent de la façon la plus satisfaisante l'œuvre du premier.

Dans les déviations de l'utérus, le curetage peut être indiqué pour traiter l'endométrite qui existe presque toujours et surtout comme complément des opérations anaplastiques sur le vagin et le périnée pour prévenir l'infection des sutures par des sécrétions utérines septiques.

Le triomphe du curetage est son emploi dans le traitement des hémorrhagies *liées à une lésion de l'utérus*, soit qu'il y ait endométrite simple, soit même que cette endométrite soit causée par des fibromes utérins ; il est encore utile, à titre de traitement palliatif, dans les cas de cancer du corps de l'utérus pour diminuer les hémorrhagies et la leucorrhée fétide qui incommodent et inquiètent tant les malades.

Enfin, comme nous l'avons vu incidemment, le curetage est indiqué chez une femme stérile qui présente des signes manifestes d'endométrite et chez laquelle on ne trouve pas d'autre explication do la stérilité.

Telles sont les principales indications du curetage utérin dans le domaine de la gynécologie ; elles sont fort bien exposées dans le mémoire de M. Berlin qui distingue plusieurs catégories de cas : ceux où le curetage réalise à lui seul l'action curative; — ceux où il constitue un traitement palliatif ; — ceux où il doit être associé, comme adjuvant, à telle où telle opération ; — ceux enfin où il est dangereux, inutile et où l'on doit s'en abstenir complétement. »

III

M. Berlin est moins bien inspiré lorsqu'il aborde les indications du curetage *puerpéral*, c'est-à-dire le curetage comme traitement des accidents infectieux qui ont leur point de départ dans l'utérus, soit après l'avortement, soit après l'accouchement à terme, qu'il y ait ou non rétention, totale ou partielle, du placenta ou des membranes. La formule de M. Berlin est trés simple ou plutôt trop simplifiée : « le curetage dans les accidents puerpéraux est applicable, en quelque sorte à tous les cas sans restriction. »

Nous sommes d'un avis diamétralement opposé surtout aprés avoir entendu la magistrale leçon que vient de faire (19 février) notre éminent maître le Pr Pinard sur la conduite à tenir dans *l'avortement* au point de vue de la rétention placentaire. Lorsque l'avortement a lieu en deux temps et que le fœtus seul est expulsé, il faut se contenter de faire de l'expectation armée, c'est-à-dire maintenir la femme au lit, la soumettre régulièrement aux injections vaginales antiseptiques, et surveiller s'il ne se produit pas d'accident (élévation de température, hémorrhagies, fétidité des lochies, etc.) ; s'il y a seulement de la fétidité des lochies, on pourra recourir aux injections intra-utérines antiseptiques chaudes, qui auront le double résultat d'aseptiser le milieu utérin et de réveiller la contraction utérine pour décoller la partie du placenta qui ne l'est pas encore ou pour expulser le placenta décollé, mais retenu dans la cavité utérine. Il faut surtout se garder d'intervenir trop tôt. M. Pinard affirme que dans tous les cas d'avortement dans lesquels il a eu, dès le début, la direction entière du traitement, il n'a *jamais* eu besoin d'intervenir d'aucune façon pour parer à des accidents fébriles d'hémorrhagie ; presque toujours ces accidents sont dus à l'intervention de la sage-femme ou du médecin qui tiraillent avec le doigt, avec une pince à faux germe sur une portion du placenta engagée partiellement dans le col ou qui ne prennent pas les précautions antiseptiques nécessaires.

M. Berlin est aussi partisan de l'expectation, tant qu'il n'y a pas d'accidents ; mais. ajoute-t-il, dés qu'il surviendra, soit des hémorrhagies profuses et à répétition, soit des phénomènes septiques, il faudra, sans tarder, *vider l'utérus* par le curetage. Nous sommes d'accord ; il faut vider l'utérus ; nous verrons tout à l'heure quelle est la meilleure manière de le faire ; mais que faut-il faire lorsque surviennent des hémorrhagies modérées ou lorsqu'il y a seulement une petite élévation de température ; n'est-ce pas là d'ailleurs le cas le plus fréquent ? Il faut encore ici s'en tenir à l'expectation, mais se préparer à la lutt c'est-à-dire surveiller la femme de plus prés ; e il faut se rappeler qu'à moins d'être déjà décoll ou à moins d'appartenir à un fœtus mort depui quelque temps, le placenta dans l'avortement n peut être expulsé sans qu'il survienne des hé morrhagies plus ou moins abondantes, et que le tendances syncopales, même avec un écoulemen sanguin modéré, sont fréquentes chez les femme qui avortent ; en un mot, il ne faut point croi une intervention nécessaire dès qu'il y a hémo rhagie ou dés qu'il y a une seule élévation de tem pérature : 38°2, 38°4.

Nous avons observé il y a quelque temps déj un fait qui montre combien la nécessité de l'in tervention est parfois difficile à préciser : un femme, ayant fait une fausse couche de deu mois 1/2 au cours d'une grippe, fut prise d'acci dents hémorrhagiques assez accusés et de quel ques accidents fébriles légers ; cette jeune femm fut vue en l'espace de deux ou trois jours p plusieurs confrères, dont quelques-uns étaient d maîtres, et qui presque tous préconisaient l'ex pectation ; seul l'un d'eux pour couper court au inquiétudes de la famille, proposa le curetage ;- d'abord acceptée, cette intervention fut repouss par le mari qui s'en exagérait d'ailleurs les dan gers. Quoi qu'il en soit, le jour même où l'opéra tion devait être pratiquée, la femme expulsa l placenta retenu ; elle guérit sans aucun accide et j'eus la satisfaction de l'accoucher un an apré d'un enfant très volumineux. — Il y a donc d cas où il est difficile de savoir s'il faut ou no intervenir ; et il faut bien dire que la condui diffère quelque peu non seulement suivant le tendances et le tempérament de l'accoucheu mais encore suivant que la femme peut être plu ou moins bien surveillée et soignée, qu'elle s trouve dans une maternité ou qu'elle est à l campagne éloignée du domicile du médecin. Pou peu que les accidents se présentent avec une cer taine intensité, mieux vaut intervenir trop tô que de perdre un temps précieux ; ce retard peu être funeste à la femme.

A plus forte raison, lorsqu'il y a un friss avec élévation de température, il n'y a pas d'hé sitation possible, il *faut débarrasser l'utérus sa retard*. Mais il y a divergence sur les moyens employer : les uns préconisent le curetage sui de l'écouvillonnage utérin avec un antiseptiqu et du tamponnement de la cavité utérine avec d la gaze iodoformée : les autres préfèrent pénétr avec les doigts ou la main dans la cavité utérin décoller les parties placentaires encore adhére tes, les extraire et faire ensuite une irrigation an tiseptique d'un 1/4 d'heure, d'une demi-heure, e même de la prolonger davantage, de faire de l'ir rigation continue, si la chose est nécessaire, etc Pinard défend trés vivement cette méthode ; les doigts introduits dans la cavité utérine se rende beaucoup mieux compte qu'un instrument de l situation du placenta retenu, de son degré d'adhé rence, de l'effort qu'il faut déployer pour décolle ce placenta, etc. Il reproche à la curette de tré mal renseigner la main qui la guide, d'être un instrument dangereux en des mains inexpérimen tées : dans quelques cas en effet l'utérus a pu être perforé, dans d'autre le curetage, quoique fait par des mains habiles a été incomplet, puisque le len demain de l'opération la femme expulsa plus d 100 gr. de masse placentaire. A l'appui de ce ré

quisitoire M. Pinard énumère les avantages de l'intervention manuelle ou digitale qui est possible à la condition que la femme soit soumise à l'anesthésie chloroformique : lorsque le col est trop rétracté, il suffit d'introduire pendant quelques heures un ballon Champetier et on obtient une dilatation suffisante pour pouvoir pénétrer avec les doigts ou même avec la main dans l'utérus et faire le nécessaire. Dans plusieurs observations recueillies à la Clinique Baudelocque, il a même suffi d'introduire le ballon, de le distendre modérément et lorsque celui-ci fut expulsé, la portion placentaire retenue fut expulsée par derrière le ballon sans qu'il fût nécessaire d'introduire la main dans l'utérus. Les accidents cessèrent immédiatement.

Sans aucun doute on a fait abus de la curette et il faut établir comme *règle l'intervention manuelle* ou *digitale* qui donne des résultats au moins aussi bons que le curetage. Aussi lorsque le placenta dans une grossesse de 3, 4, 5 mois est complètement retenu dans la cavité utérine, qu'il y a des accidents septiques, il est tout à fait illogique de se servir de la curette, il y a une masse placentaire assez volumineuse qu'il n'est guère facile d'enlever en entier avec la curette, tandis qu'avec la main, rien n'est plus simple à moins d'adhérences anormales qu'il faut respecter aussi bien avec l'instrument qu'avec la main. J'ai pratiqué ainsi, en novembre dernier, sur les conseils de M. Pinard, une délivrance artificielle chez une femme ayant fait, *huit* jours auparavant, une fausse couche et je me trouvai bien d'avoir la main dans l'utérus pour extraire cette masse placentaire qui était assez volumineuse : car il y avait eu deux fœtus. La curette fut difficilement venue à bout de cette ablation totale.

Est-ce à dire qu'il faille rejeter complètement le curetage dans les accidents liés à la rétention placentaire dans l'avortement ? Non ; lorsqu'il y a rétention partielle, lorsqu'un certain temps s'est écoulé depuis l'avortement, la délivrance manuelle ou digitale (surtout si on a la main un peu forte) ne sera pas chose facile ; l'utérus est ici assez bien revenu sur lui-même ; avec un peu d'habitude on trouve avec la curette le *nid placentaire*, on le gratte jusqu'à ce qu'on ait la sensation que partout la caduque a été enlevée ; sans compter qu'un des avantages du curetage, c'est de nettoyer complètement toute la cavité utérine, de la frotter avec un liquide fortement antiseptique et d'empêcher par le tamponnement toute infection secondaire. Il nous semble qu'à la campagne, lorsqu'on ne peut pendant les jours suivants être sûr des soins qui seront donnés, le curetage est préférable parce qu'une fois opérée la femme n'a plus besoin, jusqu'à guérison complète, que de deux ou trois pansements faits par le chirurgien lui-même. Enfin, dans certains cas, le curetage seul est indiqué : ainsi, lorsqu'on est consulté par une femme qui, quinze à vingt jours après un avortement incomplet, continue à avoir de la fièvre, des lochies fétides, un peu de sensibilité du ventre, il n'y a pas d'autre traitement que le curetage.

IV

M. Berlin est encore partisan du curetage dans la *rétention placentaire* à terme : ici la discussion n'est guère permise et nous ne pouvons concevoir comment M. Berlin, dont la monographie est si heureusement connue à différents points de vue, a pu écrire : « Après l'accouchement à terme, quand le cordon a été rompu et que l'utérus s'est refermé sur le placenta, il ne faut pas trop compter sur une expulsion spontanée ; si cette expulsion ne s'est pas produite au bout de vingt-quatre heures, il y a lieu d'agir, même s'il n'y a pas d'hémorrhagie, sans attendre le début des accidents septicémiques. *La curette est d'un puissant secours pour pénétrer dans ces cols rétractés qui n'admettent même plus deux doigts juxtaposés et qui interdisent tout espoir de délivrance manuelle. On attaque le placenta par la partie qui se présente, on l'évide, on le fragmente et on en amène les débris au dehors ; tout cela doit être fait vite, avec d'autant plus de rapidité que l'hémorrhagie est plus forte* ».

Je ne puis croire que M. Berlin ait voulu parler de la rétention *totale* du placenta à terme et conseille pour l'enlever de se servir de la curette ; mais rien n'est plus facile avec beaucoup de patience et de chloroforme, d'enlever avec la main, après anesthésie chloroformique, un placenta retenu en entier dans l'utérus. J'ai vu pratiquer à Lariboisière cette opération par M. Pinard chez une femme, accouchée depuis quarante-huit heures, et ayant pris de l'ergot de seigle. L'intervention manuelle est seule ici permise.

S'agit-il de la rétention *partielle* du placenta à terme ? mais la délivrance manuelle est encore possible : je l'ai pratiquée chez une femme accouchée depuis plus de trois jours, après la simple dilatation avec un ballon de Barnes ; Potocki a extrait, sans dilatation, avec la main une masse placentaire retenue depuis huit jours dans la cavité utérine. Il est donc toujours possible de pénétrer avec la main, pendant les huit ou dix jours qui suivent l'accouchement et point n'est besoin de recourir à la curette qui donnera ici des renseignements beaucoup moins nets que dans un utérus de quatre mois, surtout s'il y a rétention des membranes. D'ailleurs, M. Berlin semble avoir saisi les difficultés du curetage en pareil cas, puisqu'il dit : « Souvent, quand une fraction plus ou moins considérable du placenta a été ainsi retirée par la curette, l'orifice utérin se dilate au point de permettre l'introduction de deux ou trois doigts qui vont achever le décollement de la portion restante. » Mieux vaudrait commencer par là : la curette ne me semble guère faite pour dilater le col.

V.

Est-elle un bon moyen de traitement de la septicémie puerpérale ? Il est probable que dans quelques cas c'est le traitement rationnel et réellement efficace de la septicémie puerpérale ; mais c'est une question dont la discussion nous entraînerait trop loin aujourd'hui et qui d'ailleurs n'est pas mûre ; tout en reconnaissant qu'il ne faut pas appliquer le curetage aux cas légers de septicémie, M. Berlin donne le conseil dans le cas de septicémie confirmée « de *curetter* la matrice et de la curetter sans une minute de retard, en *pleins accidents aigus et en pleine fièvre.* Si l'on n'a pu arrêter l'infection au passage, on a du moins des chances d'en enrayer l'extension, en supprimant les renforts qu'elle reçoit de son foyer originel. De fait, le curettage accomplit de véritables *résurrections dans la septicémie puerpérale déjà déclarée.*

Enfin il est des cas plus graves encore et pour ainsi dire désespérés. Les veines et les lymphatiques du petit bassin sont remplis au loin par le pus ; le ventre est ballonné, douloureux, le péritoine manifestement envahi ; les vomissements, la diarrhée, le teint plombé, le facies grippé de la malade témoignent de l'empoisonnement général de l'organisme. Une telle situation est la plupart du temps, au-dessus des ressources du curetage. Doit-on pourtant s'abstenir d'une façon absolue ? L'intervention est peut-être une dernière planche de salut et d'ailleurs la situation est telle qu'elle ne saurait être aggravée. Chacun se décidera suivant sa conscience et aussi suivant le milieu social où il opère ». C'est parfait ; mais M. Berlin nous aurait bien intéressés. Il peut le faire dans les colonnes du *Concours*, qui lui sont largement ouvertes, en nous rapportant quelques observations de ces guérisons, de ces « véritables *résurrections* » faites par le curetage dans la septicémie puerpérale confirmée ; elles nous eussent suffi ; nous n'aurions pas poussé la curiosité jusqu'à lui demander des faits de guérison dans « des cas plus graves encore » que ceux où il y a eu résurrection.

VI.

Concluons. Le curetage est une opération très utile dans le traitement des endométrites surtout lorsqu'elles résistent aux moyens ordinaires ; elle est particulièrement efficace dans le traitement de la métrite hémorrhagique. Elle donne des résultats variables lorsqu'il y a, en même temps que de l'endométrite, des lésions des annexes, des déviations utérines. Quant au curetage puerpéral, il présente quelques indications dans les cas de rétention placentaire post-abortum ; il doit être absolument rejeté dans la rétention placentaire à terme, en tant que méthode de délivrance ; dans la septicémie puerpérale il est difficile, à l'heure actuelle, de préciser dans quels cas il est indiqué.

Quoi qu'il en soit, nous ne saurions trop engager ceux de nos confrères du Concours qui demandent depuis longtemps un très bon résumé de la question, de lire le travail de M. Berlin, il est plein de détails importants au point de vue de la pratique ; ces détails sont parfois même un peu nombreux ; l'auteur le reconnaît lui-même, puisqu'il dit « s'être attaché à décrire la technique du curettage avec une minutie qui semblera puérile aux chirurgiens déjà expérimentés, mais qu'apprécieront peut-être ceux qui auront à pratiquer cette opération pour la première fois ».

Dr G. LEPAGE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les sociétés de secours mutuels en Belgique.

En France les sociétés de secours sont exigeantes ; mais ce n'est que par exception qu'elles osent édicter les règlements excessifs des sociétés si nombreuses chez nos voisins belges. Les syndicats médicaux devront veiller avec un soin jaloux à réprimer les excès signalés par le Dr Merveille. Leur rôle essentiel consiste à atténuer les tristes résultats de la concurrence au rabais.

Les sociétés de secours mutuels abondent de nos jours. Il n'est, pour ainsi dire, plus d'établissement industriel qui ne possède une caisse, alimentée généralement par les patrons et les ouvriers, et destinée à venir en aide aux travailleurs astreints au chômage par la maladie. A côté de ces sociétés, il en existe encore beaucoup d'autres constituées entre les ouvriers, les voyageurs de commerce, les bourgeois eux-mêmes. Au point de vue médical, nous l'avons déjà dit, il est inadmissible que ces deux dernières classes de sociétés de secours mutuels soient traitées comme la première ; mais, nous ne voulons nous occuper aujourd'hui que des sociétés coopératives ouvrières.

Nous nous empressons de le proclamer, l'idée de la mutualité est digne de tous les éloges. Elle est surtout admirable dans la classe ouvrière. Oui, il est beau de voir des hommes, qui peinent pendant toute l'année et qui arrivent difficilement, malgré tous leurs efforts à élever leur famille, économiser encore sur leur salaire pour pourvoir aux frais de la maladie. Il est beau de les voir mettre en commun ces économies, pour tirer de la misère noire ceux d'entre eux que le mal viendra abattre. Il est beau de les voir s'entr'aider ainsi de bon cœur et de voir, en quelque sorte, les efforts redoubler d'ardeur en faveur des faibles.

Si l'idée mère qui a poussé à la création de nombreuses sociétés de secours mutuels est vraiment belle et féconde, il y a bien des réserves, malheureusement, à faire sur la manière dont elles fonctionnent parfois. Nous pratiquons dans un centre industriel où les mutualités ouvrières sont nombreuses et nous sommes nous-même médecin d'un certain nombre de ces sociétés. Nous avons donc pu les voir à l'œuvre et nous initier à leur fonctionnement. Eh bien ! nous devons le dire, il y aurait de nombreuses critiques à élever, au point de vue de l'intérêt des ouvriers honnêtes.

Certaines sociétés se constituent sans études sérieuses ; d'autres allouent des indemnités de chômage trop considérables ; d'autres ne sont pas gérées avec vigilance et laissent les paresseux simuler trop facilement la maladie; en un mot, de nombreuses mutualités ne sont pas fondées sur des bases bien stables et ne tardent pas à s'écrouler lamentablement. Verser le minimum à la caisse de secours et en tirer le maximum possible, voilà aussi l'idéal d'un trop grand nombre d'ouvriers. Pour le moindre mal, on chôme ; pour le plus petit bobo, on court chez le médecin, on lui réclame des provisions pharmaceutiques et l'on ne s'aperçoit pas qu'on tue ainsi infailliblement la poule aux œufs d'or.

Ce ne sont pas des chefs zélés et intelligents, comme il y en a d'ordinaire à l'administration des caisses de secours, qui peuvent, à eux seuls, empêcher les abus et faire prospérer la société : la vraie cheville ouvrière de cette prospérité doit être le médecin.

Voilà, malheureusement, ce que l'on ne comprend guère dans le monde des travailleurs. N'est-ce pas cependant le médecin qui empêchera les postulants porteurs d'une tare héréditaire ou d'une lésion incurable d'entrer dans une société qu'ils ne tarderaient pas à épuiser ? N'est-ce pas le médecin qui saura empêcher les paresseux et les comédiens de soutirer à la caisse commune des indemnités qu'ils ne méritent pas ? N'est-ce pas lui qui devra résister aux sollicitations de certains malades exigeants et leur refuser les médicaments de luxe, pour leur accorder seulement les choses vraiment utiles à leur guérison ? N'est-ce pas lui qui se rendra compte des conditions antihygiéniques de la nourriture et de l'habitation des travailleurs et qui, en portant ou faisant porter remède à ces défauts, épargnera des dépenses considérables à la collectivité ?

Ah ! si les ouvriers comprenaient l'importance économique du rôle du médecin, avec quel soin ils choisiraient le praticien destiné à veiller, non seulement sur leur santé, mais aussi sur leurs intérêts ! Ils sauraient que les qualités de cœur et d'esprit, nécessaires pour remplir ce rôle tutélaire, se trouvent ailleurs que chez les beaux parleurs cherchant, avant tout, à se faire une place au soleil, en supplantant leurs confrères ! Ils sauraient qu'un praticien expérimenté, auquel ils reprochent peut-être sa froideur, vaut mieux que le flatteur frotté d'une science que son

diplôme, péniblement acquis, ne suffit pas à garantir! Ils sauraient que l'homme de devoir est vraiment bon, juste et charitable sans forfanterie, et que le comédien seul a toujours à la bouche les grands mots de dévouement à la classe ouvrière, de sacrifice à la grande famille des gagne-petit!

Hélas! tout cela paraît lettre-morte pour la plupart des prolétaires. Dans la profession médicale, ils n'aperçoivent pas le caractère libéral; ils ne voient que le côté commercial. Un médecin en vaut un autre, le premier comme le second n'est qu'un marchand de santé. Que disons-nous? Si l'ouvrier fait une différence entre deux praticiens, c'est vers celui qui lui fera le plus facilement des visites inutiles, qui le gorgera le plus volontiers de toutes sortes de drogues dispendieuses, qu'iront toutes ses préférences. Que lui importe l'intérêt de tous les associés, lorsque son bien-être personnel est en jeu? Il veut bien verser à la caisse de secours, mais c'est à condition d'en user le plus largement possible, à l'occasion.

Que de fois n'avons-nous pas entendu des ouvriers se plaindre d'avoir contribué, pendant de longues années, à l'alimentation d'une caisse de secours sans en avoir jamais rien retiré! Aussi, à la première alerte, ils croient de bonne justice de montrer les plus grandes exigences. C'est alors que le médecin, vraiment digne de la confiance des mutuellistes, doit savoir se mettre au-dessus des prétentions et des rancunes d'un particulier. Il a mission de veiller à l'intérêt de tous et doit faire fi de sa popularité, pour se montrer homme de devoir. Il doit, surtout s'il est rémunéré d'après le nombre de ses visites, voir le malade aussi souvent que cela est nécessaire, mais rien de plus; il doit prescrire ses remèdes sans parcimonie mais avec économie; il doit empêcher les chômages prolongés sans nécessité et refuser énergiquement les certificats de complaisance.

Mais, encore une fois, se figure-t-on que tout praticien saura remplir courageusement ce rôle de défenseur de l'avoir social des classes laborieuses? Non, non, il n'en est pas ainsi. Par ces temps d'encombrement professionnel, les compromissions de toutes sortes sont trop naturelles, nous dirions presque trop nécessaires, pour qu'il n'y ait pas de nombreux oublis de la dignité et du devoir!

Ah! si les ouvriers, réunis en associations de secours mutuels, comprenaient bien toutes ces vérités, avec quel soin ils nommeraient leurs médecins, avec quelle gratitude ils reconnaîtraient les services du bon praticien, avec quelle délicatesse ils chercheraient à lui faciliter une mission de confiance! Mais, que nous sommes loin de compte!

L'ouvrier, qui laisse quelques sous par mois dans une caisse de secours, ne connaît guère que ses droits. Le médecin est payé pour le servir et il lui doit des soins empressés et même exagérés. Sans souci des règlements, l'ouvrier appellera le médecin quand il lui plaira, à toute heure du jour et de la nuit et, s'il n'est pas servi sur l'heure, il fera entendre des plaintes amères. Il n'admettra ni empêchement, ni fatigue, ni maladie chez le médecin: il ne verra chez lui que paresse et négligence et il le criera bien haut. Sur ce terrain, il est le maître qui commande, et le médecin doit être le serviteur qui obéit!

Aussi, n'y a-t-il plus actuellement de position de médecin de société ouvrière de secours mutuels qui soit assurée. Il suffit qu'un affamé ou un indélicat offre une réduction sur le tarif adopté, pour qu'on mette le couteau sur la gorge au praticien honnête qui s'est dépensé, sans compter, pendant de longues années, en faveur de la société et pour qu'on l'écarte, sans la moindre hésitation.

Voilà les injustices, les tristesses auxquelles est trop souvent soumis le médecin des classes laborieuses. Et cependant, pour notre part, nous ne pouvons pas leur en tenir rancune. Le travailleur n'a pour tout capital que sa santé; aussi, comprenons-nous qu'il s'alarme à contre-temps et outre mesure, qu'il use et qu'il abuse du médecin mis à sa disposition. Il n'a pas été habitué aux délicatesses d'une éducation raffinée; aussi, lui pardonnons-nous facilement les manques d'égard et les oublis de reconnaissance.

Mais, il est une chose que l'on ne peut accepter avec le même stoïcisme, c'est l'oubli de la dignité médicale, c'est l'injure faite à notre caractère de philanthrope et d'honnête homme. Que voit-on de nos jours? Il se forme des sociétés qui considèrent le médecin comme moins qu'un commissionnaire public et qui prennent ostensiblement toutes sortes de précautions contre les infamies, dont elles paraissent supposer le médecin capable.

Dans une société de secours mutuels bien organisée et bien gérée, comme nous pourrions en citer beaucoup dans notre région, le médecin peut trouver une rémunération acceptable de ses labeurs. Certes, il est loin d'être payé de ses peines, mais il sait faire un sacrifice à la cause si respectable des travailleurs. Mais, cela ne paraît plus suffire de nos jours. Ce n'est plus une rémunération, si minime qu'elle soit, qu'on offre à ce praticien dont la vigilance devra, cependant, assurer la vitalité de l'institution, c'est la gratification, c'est le pourboire dont ne se contenteraient pas le cocher de fiacre et le cireur de bottes, c'est la charité!

Eh bien! quant à nous, nous n'acceptons pas la charité des caisses de secours! Nous faisons, nous, la charité! C'est là la plus belle, la plus noble prérogative de notre profession et nous ne voulons à aucun prix y renoncer. Si les mutuellistes ne peuvent plus nous accorder la maigre indemnité reconnue jusqu'ici nécessaire, qu'ils s'adressent à nous sans crainte: nous les soignerons, nous les soignerons avec tout le dévouement possible, sans songer à réclamer d'honoraires, mais nous aurons le droit de continuer à nous croire supérieurs aux cochers de fiacre et nous aurons la jouissance d'une bonne œuvre en plus! Voilà le droit, voilà le devoir du médecin ayant conservé intact le respect de sa profession!

Si nous ne pouvons accepter la charité des sociétés de secours mutuels, nous ne pouvons tolérer non plus qu'elles nous supposent ouvertement capables de toutes les infamies. Et qu'on ne dise pas que cela ne s'est jamais vu! N'a-t-on pas pu lire, récemment encore, un règlement édictant la remontrance et puis l'expulsion contre les médecins qui auraient refusé, sans motif, de se rendre à l'appel de son malade et contre ceux qui ne reculeraient pas devant la délivrance de faux certificats? Des indignes, des misérables, des faussaires même, voilà ce que l'on ose nous supposer à l'occasion, en nous demandant d'adhérer à de pareils règlements!

Devant de telles monstruosités, notre esprit et notre cœur se révoltent et nous ne pouvons nous empêcher de nous écrier: « Nous protestons de toutes nos forces contre les injures qu'on ose nous lancer à la face! Notre conscience nous dit que nous n'avons pas mérité ces suspicions infamantes, ces réglementations grossières. Nous avons la prétention d'être hommes de charité et hommes d'honneur, et c'est commettre une injustice criante que de nier cette charité ou de mettre cet honneur en suspicion. » Et si l'on venait nous dire qu'il existe des praticiens qui se mettent au-dessus de ces délicatesses de sentiment, nous rougirions de les compter dans nos rangs et nous plaindrions, de tout cœur, des malheureux qui ne savent pas remplir le plus important de leurs devoirs: respecter et faire respecter leur profession.

Dr L. Merveille.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de Bastia.

L'an 1892, le 17 du mois de Janvier, à 3 heures de l'après-midi, les membres composant le Syndicat médical de Bastia, se sont réunis dans une des salles de l'hôtel de ville, pour la tenue de la 1re réunion trimestrielle de 1892. Le bureau a été composé dans une réunion préparatoire tenue le 3

janvier dans les personnes de MM. les Docteurs : Pitti-Ferrandi, *Président*; Ramaroni, *Vice-président* ; Cristofari et Félici, *Assesseurs* ; Filidori, *Secrétaire-Trésorier*; Carbuccia, *Avocat-Conseil.*

Etaient présents : MM. les docteurs Pitti-Ferrandi, Ramaroni, Cristofari, Felici, Filidori, Saliceti, Agostini (Jacques), Agostini (Jean-Baptiste), Nicolai, Santelli, Querini.

Absents excusés: MM. les docteurs Battesti, de Corte, Durazzo, de Centuri, Morucci, de Vescovato, Marchetti, de Talasani.

Après lecture du procès-verbal de la réunion du 3 janvier, faite par M. le secrétaire du Syndicat, M. le Président invite MM. les Docteurs Cristofari et Agostini (Jacques), membres de la commission des tarifs, à exposer leur projet.

Après discussion, les tarifs du Syndicat des médecins de Bastia ont été approuvés dans la forme suivante :

TARIFS D'HONORAIRES

A. Consultation du Cabinet.	1re classe	2e classe	3e classe
1. Consultation simple	»	»	2
2. Consultation écrite et lettre médicale	»	»	5
3. Certificat de l'état civil, décès, vaccination	»	»	3
4. Certificat judiciaire et pour exemption de service militaire	»	»	5
B. Visites à domicile dans la ville.			
1. Visite simple	5	3	2
2. » en consultation pour le médecin de la maison comme pour le médecin consultant	20	12	6
3. Visite de nuit	20	»	10
4. Visite en consultation dans la nuit	30	20	15
5. Constatation de décès	»	»	5
C. Visites hors la ville.			
1. Par kilomètre en voiture ou chemin de fer, tarif de la ville en plus	nuit 5	»	jour 2.50
2. Par kilomètre à cheval	10	»	5
D. Opérations usuelles de petite chirurgie.			
1. Saignées, cautérisation, ventouses, vaccination, injections sous-cutanées	15	10	5
2. Ouverture d'abcès	20	10	5
3. Examens spéciaux : spéculum, laryngoscope, ophtalmoscope, etc.	20	10	5
4. Cathétérismes divers et simples lavages utérins	20	10	5
5. Cathétérismes répétés dans le cours d'un traitement	»	»	5
6. Faradisation, analyse sommaire d'urine	10	5	3
E. Opérations chirurgicales usuelles.			
1. Réduction d'une hernie	30	»	10
2. Ponction d'une ascite	»	»	20
3. Opération d'une hydrocèle	»	»	50
4. Réduction d'une luxation	150	100	50
5. » d'une fracture et appareil de contention	200	100	50
6. Accouchement simple sans manœuvres ou opérations obstétricales, visites consécutives en sus	»	»	50
7. Application de forceps ou version	150	100	50
8. Opérations plus difficiles	200	150	100

F. 1° *Médecin assistant un confrère dans une opération.* (un tiers en plus du prix alloué à l'opérateur)

2° Jour entier passé auprès d'un malade........ 25 f
Nuit 50

OBSERVATIONS GÉNÉRALES.

1° Les malades sont divisés en 3 classes suiva qu'ils sont riches, aisés ou peu fortunés.

2° Le tarif de la 3e classe sera appliqué aux membr des Sociétés de Secours Mutuels. Aucun abonneme ne sera accepté.

3° Les médecins devront envoyer leurs notes à le clients tous les mois, trimestres ou années. Ils communiqueront les noms de ceux qui auront refu de payer et il est enjoint à tout praticien de refus ses soins à tout client ainsi signalé.

4° Dans certaines circonstances les honoraires pou ront être élevés en raison des services rendus, des da gers encourus par le médecin.

5° Le plus ou moins de durée ou de gravité des ma ladies seront aussi des éléments qui feront appliqu le maximum ou le minimum des prix sus-indiqué

6° En cas de contestation entre médecins et client les avis du Syndicat seront tenus à la disposition de parties qui pourront en prendre connaissance et copie

Bastia, le 17 janvier 1892.

Le Secrétaire du Syndicat,

FILIDORI.

Banquet.

Le 17 janvier 1892, à 7 heures du soir, dans un des salles du Cercle du Nord, un banquet con fraternel était servi aux membres du Syndic médical Corse.

Etaient présents : MM. les docteurs Pitti-Fer randi, Ramaroni, Felici, Cristofari, Filidori, San telli, Agostini (Jacques,) Agostini (Jean-Baptiste Querini, Saliceti, Valentini.

Au champagne, M. le Président du Syndica le Dr Pitti-Ferrandi, a adressé à ses confrères le paroles suivantes :

Mes chers confrères,

Je veux tout d'abord vous remercier de l'insign honneur que vous m'avez fait en m'appelant à la pr sidence de votre nouvelle association et vous me pe mettrez d'adresser mes premiers compliments à no sympathiques confrères, les docteurs Cristofari et Fil dori, qui par leur zèle et leur activité, ont puissam ment contribué à la constitution de ce syndicat qu j'en suis sûr, rendra les plus grands services da l'avenir.

Il y a peu de villes sur le continent qui compten des médecins aussi nombreux et, je le dis avec orgueil aussi distingués.

Il est bien regrettable que nos compatriotes éprou vent le besoin d'aller chercher ailleurs ce qu'ils peu vent trouver facilement ici.

Qu'on le sache bien, les médecins de la Corse n le cèdent en rien à leurs confrères d'outre-mer; il ne ménagent ni leurs soins, ni leurs fatigues et si l succès ne répond pas toujours à leurs efforts, c'es que la science était devenue impuissante.

Nous n'avons pas la prétention d'être infaillibles mais nous avons assez le sentiment de nous-même pour affirmer que nous sommes en état de faire auss bien.

Le Syndicat, comme les statuts l'indiquent, aur pour but de resserrer nos liens et de rendre plus cor diales et plus affectueuses les excellentes relations qu existent déjà entre nous ; il fera comprendre que nous voulons la place que nos confrères du continent occu pent dans la société et il rendra plus faciles les rap ports du client au médecin.

Je bois à notre union et au succès du Syndicat.

La plus franche cordialité n'a cessé de régne pendant cette soirée et bien tard tous se sont re

tirés en conservant la plus agréable impression de la première réunion du Syndicat médical de Bastia.

Le Secrétaire,
FILIDORI.

28 janvier 1892.

Mon cher Directeur et très honoré confrère,

Je vous prie de m'excuser si je ne vous ai pas adressé plus tôt toutes les pièces concernant notre Syndicat, mais les difficultés des débuts en sont l'unique cause. Nous voici donc syndiqués, et je tiens à vous remercier des encouragements que vous nous prodiguez, sans oublier Monsieur le président de Fourmestraux qui, par une lettre charmante et trop élogieuse pour votre serviteur, est venu nous donner de nouvelles forces pour mener à bon terme notre œuvre de solidarité et de confraternelle union.

Jusqu'ici, nous ne sommes pas nombreux, mais j'espère que d'abord tous les médecins de l'arrondissement répondront bientôt à mes incessants appels, et ensuite le département entier se ralliera à nous ; il *serait bon qu'à l'Union des médecins, on donnât la note en priant tous nos confrères des arrondissements d'Ajaccio, de Sartène, de Calvi et de Corte, de se serrer autour du Syndicat initial qui est définitivement formé dans l'arrondissement de Bastia et pour cela c'est sur vous, cher confrère que nous comptons.*

Je vous envoie la copie de nos statuts, ainsi que le procès-verbal de la réunion du 17, que les journaux de l'île ont reproduit, ainsi que les tarifs, et enfin le compte rendu de notre petit banquet, *tâchez de faire une petite place dans notre vaillant Concours médical, à notre première œuvre*, et à Dieu plaise, que l'exemple soit suivi, soit par nos confrères du département, et même de la France entière.

Le Syndicat a déjà délibéré officieusement que l'annexion à l'Union des Syndicats était indispensable et que M. le secrétaire devait se mettre en rapport direct avec vous pour nous indiquer notre ligne de conduite.

J'attends donc avec une vive impatience votre réponse pour que tout prochainement nous en terminions avec cette question.

Je vous prie en plus, de me faire connaître si nos statuts ont besoin d'être soumis à l'enregistrement, à l'approbation des autorités et si on doit les faire sur papier timbré.

Veuillez m'excuser du griffonnage, mais l'influenza qui sévit à Bastia en est la cause.

Veuillez agréer, cher Directeur, l'assurance de mes sentiments de vive reconnaissance et de parfaite solidarité,

Votre très dévoué confrère,
FILIDORI,
Secrétaire-Trésorier.

REPORTAGE MÉDICAL

Concours de la Société Française d'hygiène 1892 *et* 1893. — *La Société Française d'hygiène* a mis au concours :

1° Pour l'année 1892, la question toute d'actualité :

HYGIÈNE COLONIALE : « Exposer, au point de vue pratique, les principes d'hygiène qui, dans nos colonies, doivent diriger l'Européen, en ce qui concerne l'habitation, le genre de vie, le vêtement, l'alimentation et le travail. »

Les prix consisteront en une médaille d'or et deux médailles d'argent offertes par M. le Dr Péan, président de la Société.

Les Mémoires devront être envoyés dans les formes académiques ordinaires, avant le 31 juillet (dernier délai), au siège social, 30, rue du Dragon, Paris ;

2° Le thème proposé par la Société pour le concours de 1893 est le suivant :

« HYGIÈNE ET ÉDUCATION PHYSIQUE DE L'ADOLESCENCE pour faire suite aux trois *tracts* déjà publiés sur l'*hygiène et l'éducation de l'enfance* (de la naissance à 12 ans).

Les prix consisteront en une médaille d'or, une médaille d'argent et deux médailles de bronze.

Les mémoires, qui ne devront pas dépasser 32 pages in-8°, seront remis dans les formes académiques, avant le 1er août 1893, au siège social, 30, rue du Dragon, Paris.

—*Congrès français de chirurgie* (6e session, 1892). — La 6e session du Congrès français de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 18 avril 1892, sous la présidence de M. le professeur Demons, de Bordeaux.

La première séance (consacrée aux questions diverses aura lieu à 9 heures du matin (grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine).

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour de la session et seront introduites par des rapporteurs spéciaux dans les séances du soir :

1° Pathogénie et traitement des gangrènes chirurgicales ;

2° Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires ;

3° Des opérations chirurgicales sur les voies biliaires ; résultats immédiats et éloignés.

Les séances du matin seront consacrées aux visites dans les hôpitaux et aux questions diverses.

— *Association générale des Médecins de France*. — Trente-troisième assemblée générale. Ordre du jour de la séance du dimanche 24 avril 1892 : (la séance sera ouverte à deux heures).

1° Rapport de la commission de Recensement des votes relatifs à l'élection du Président de l'Association générale des Médecins de France ;

2° Allocution du Président ;

3° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. BRUN, Trésorier ;

4° Rapport sur cet Exposé et sur la gestion financière du Trésorier, par M. PASSANT, membre du Conseil général ;

5° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1891, et Notice sur M. le Président H. ROGER, par M. RIANT, Secrétaire général ;

6° Election d'un vice-Président en remplacement de M. LANNELONGUE.

7° Election des Membres du Bureau dont le mandat quinquennal est expiré : M. RIANT, Secrétaire général, M. RICHELOT, Vice-Secrétaire ;

8° Présentation de candidats pour le Conseil gé-

néral de l'Association : — et renouvellement partiel du Conseil général ;

Membres du Conseil à renouveler : MM. BURDEL, PETER, HAMEAU, CAZELLES, BROUARDEL, de MAHY, arrivés au terme de leur exercice. (Les membres du Bureau et Conseil sont rééligibles) ;

9° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1893 ;

10° Première partie du rapport de M. de RANSE, sur les pensions viagères à accorder en 1892.

A sept heures précises, le banquet (Hôtel Continental). — Ordre du jour de la séance du lundi 25 avril 1892 (la séance sera ouverte à *deux heures*) :

1° Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale ;

2° Approbation des comptes du Trésorier par l'Assemblée générale ;

3° Deuxième partie du Rapport de M. de RANSE sur les pensions viagères : — Discussion et vote des propositions ;

4° Rapport de M. BUCQUOY, au nom du Conseil général, sur un projet de statuts pour la caisse *Indemnité-Maladie*, dont l'approbation est soumise à l'Assemblée générale.

Rapport de M. HORTELOUP, au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1893, et sur les vœux pris en considération par la dernière Assemblée générale.

— *Un effet des conventions médicales franco-belges.* — A *Gespunsard*, lisons-nous dans le *Courrier des Ardennes*, *le Dr Blaise* ayant cessé de plaire au Conseil municipal se voit retirer une allocation de 2,000 francs, pour soigner les habitants. On en donne alors 2.500 à un *médecin Belge* qui viendra deux fois par semaine visiter les habitants.

Notre confrère, depuis 30 ans à la disposition des habitants, et très méritant, est ainsi remplacé par un étranger. On n'a pas, heureusement, trouvé parmi les médecins français quelqu'un qui consentît à prendre sa place.

Cette situation ne peut durer. Le médecin *belge* probablement délivre les certificats administratifs. Est-il possible qu'on en vienne à de pareils écarts, à l'abri d'une convention, révocable d'ailleurs ?

Le *Syndicat de la vallée de la Meuse* trouvera de nouveaux arguments, dans le cas du Dr Blaise, pour obtenir la dénonciation des conventions.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons la mort de M. Amédée Amette, secrétaire honoraire de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 9 février à Versailles.

Né en 1802, M. Amette, après avoir été, pendant quelques années, employé au Ministère de l'Instruction publique, fut nommé en 1830 secrétaire agent-comptable de la Faculté de médecine de Paris, poste qu'il occupa pendant trente années consécutives.

Par son esprit conciliant, son affabilité, il avait su se faire de nombreux amis dans le monde des professeurs, ainsi que dans celui des élèves de la Faculté. Orfila, qu'il eut pour doyen, Nélaton, Trousseau, etc., lui avaient gardé une amitié dont il était fier de conserver le souvenir pendant les longues années de sa retraite.

Utilisant les connaissances spéciales qu'il avait acquises dans ses fonctions, M. Amette avait rédigé un Code médical qui a rendu de grands services aux médecins dans l'exercice légal de leur profession. Très bien accueilli en France, le Code médical, a été, au moment de sa publication, traduit dans plusieurs langues et pris comme modèle à l'étranger. Il a sans doute été remplacé depuis par des traités plus nouveaux ; mais il avait eu, à son heure, le succès que donnent à un manuel de ce genre l'utilité pratique et la consciencieuse exécution.

ADHÉSION A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

3693. — M. le Dr LE BAYON, 14, rue Gay-Lussac, présenté par M. le Directeur.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André

Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Sur les abcès de la mamelle chez les nouveau-nés.

M. *Comby* a fait à la Société des hôpitaux une communication qui peut être résumée ainsi :

« Les enfants nouveau-nés présentent presque tous, mais à des degrés divers, dans les premiers jours qui suivent la naissance, un engorgement des mamelles. Cet engorgement est donc physiologique, quoique nous n'en connaissions pas la portée et l'utilité.

Il s'accompagne d'une sécrétion laiteuse qui dure deux à trois semaines, et qui disparaît spontanément.

Les analyses anciennes et récentes ont montré que ce liquide laiteux était analogue, sinon identique, au lait de femme.

Dans quelques rares circonstances, l'engorgement de la mamelle aboutit à la suppuration, accident fâcheux pour les sujets du sexe féminin, car il peut plus tard mettre obstacle à l'allaitement, soit en détruisant la glande, soit en amenant une rétraction cicatricielle du mamelon.

Pour prévenir la suppuration des mamelles chez les nouveau-nés, on a l'habitude d'évacuer la glande par une sorte de traite manuelle. Cette pratique est condamnable ; si elle est brutale, elle peut aboutir à l'écrasement et à la destruction de la glande ; si elle n'est pas propre, elle peut l'infecter et aller directement au but qu'elle veut éviter. J'ai vu plusieurs fois la suppuration résulter des manipulations intempestives de la mamelle ; je n'ai pas vu l'abstention avoir un résultat aussi déplorable.

Je crois donc que notre rôle doit se borner à la protection aseptique des parties tuméfiées ; je conseille surtout, parce qu'il m'a réussi toujours, l'emplâtre de Vigo. Si ce topique était irritant pour quelques enfants, on pourrait avoir recours à l'emplâtre rouge ou à tout autre ».

Des paralysies produites par le bacille d'Escherich (b. côli communis).

MM. *A. Gilbert* et *G. Lion* (Société de biologie) ont obtenu, par les inoculations du bacille commun du côlon aux lapins, des paralysies de deux ou des quatre membres, hémiplégies et paraplégies. Le microscope a révélé dans ces cas les altérations anatomiques des nerfs et de la moelle.

D'après cela, on peut émettre, disent-ils, l'hypothèse que certaines paralysies humaines, dont le mécanisme pathogénique est resté jusqu'à ce jour mystérieux, relèvent de l'action du bacille d'Escherich. Il en est ainsi des paralysies intestinales et des paralysies urinaires.

Gilbert et Girode ont déjà montré que le bacille d'Escherich peut amener le développement d'une entérite cholériforme et que parfois même il est capable de franchir les parois de l'intestin pour infecter l'organisme entier. L'entérite dysentériforme (Lion et Marfan) et la plupart des entérites infantiles (Lesage) relèveraient également de son activité pathogène. Ne peut-on supposer que les paralysies rencontrées chez l'homme au cours des entérites et des diarrhées relèvent d'une altération médullaire causée par le bacille d'Escherich, comme chez les animaux expérimentalement affectés ?

En ce qui concerne les paralysies urinaires, le rôle du bacille d'Escherich dans leur production est encore plus vraisemblable. On sait qu'elles apparaissent essentiellement au cours des cystites et des pyélo-néphrites suppurées, qu'elles revêtent ordinairement la forme paraplégique et que, dans certains cas, elles ont une véritable myélite pour substratum anatomique (Charcot). On sait, d'autre part, depuis les recherches de MM. Achard et Renaut, que le bacille d'Escherich est le grand agent des infections suppuratives des voies urinaires. N'y a-t-il point là un fondement sérieux pour cette supposition que les paraplégies urinaires sont imputables, au moins dans un certain nombre de cas, à l'action du bacille d'Escherich ?

Cette explication serait à substituer à l'ancienne hypothèse des paraplégies réflexes.

Albuminurie transitoire chez l'homme sain.

M. *Ch. Finot* a, par des observations faites sur des sujets sains et longtemps continuées, confirmé les résultats de Pavy, Leube, Capitan, de Chateaubourg. L'albumine a été constatée :

Le matin	dans 5,5 %	des cas examinés.
Dans la journée	— 11,6 %	—
Après l'équitation	— 17,2 %	—
Après l'escrime	— 41,2 %	—

On a dit à propos de ces faits : *albuminurie physiologique*. Il vaudrait mieux dire : *albuminurie transitoire*, causée par la fatigue, une mauvaise digestion, etc... Ces cas sont intéressants ; ils montrent comment on pourrait à tort affirmer une néphrite si l'on ne tenait compte des conditions dans lesquelles l'urine a été recueillie et examinée.

Pneumonies grippales.

M. *Huchard* (Société de thérapeutique) dit que les pneumonies grippales peuvent se présenter sous des aspects très variés. Il existe certes la forme classique de pneumonie franche avec tout son cortège de symptômes objectifs et subjectifs, mais il en existe aussi une autre à évolution anormale, où les crachats ne sont pas rouillés, où la température est irrégulière, où la congestion domine sur l'hépatisation. Mais au point de vue du traitement il suffit de savoir que, si la maladie est au poumon, le danger est au cœur. Il ne faut pas oublier non plus le système nerveux qui tient une place énorme, capitale, dans la symptomatologie clinique de la pneumonie grippale. Il existe un état d'asthénie très manifeste dont il faut s'occuper dès le début.

Ainsi se trouvent posées deux indications capitales dans le traitement des pneumonies grippales : fortifier le cœur, combattre l'asthénie.

La digitale, qui trouve son emploi dans toutes les pneumonies, se trouve principalement indiquée dans les pneumonies grippales. Ce médicament précieux fortifie le cœur, augmente la diurèse et concourt ainsi à la dépuration de l'organisme. Pour donner de la digitale, il ne faut pas attendre que le cœur la réclame. Au contraire, il faut la donner dès le début de la grippe, avant même que le cœur ait commencé à faiblir.

La préparation la plus commode et en même temps la plus sûre est la digitaline cristallisée en solution au 1000e, dont on donne 10 à 15 gouttes, ce qui représente environ 1 milligramme de digitaline cristallisée. On n'a pas à craindre l'accumulation du médicament, qui agit lentement et qui est fractionné pour ainsi dire par l'organisme lui-même. Pour favoriser l'action de la digitale, il faut prescrire en même temps le régime lacté.

Si le lendemain l'asthénie cardiaque est toujours marquée, on peut faire des injections sous-cutanées de caféine, d'éther ou de camphre (huile d'olive stérilisée 100, camphre 10 ; 2 à 4 seringues de Pravaz par jour). On peut revenir à la digitaline au bout de 5 à 6 jours, mais ne donner cette fois que 20 à 30 gouttes de la solution. Comme dans toutes les maladies infectieuses, il y a encore deux indications à remplir : l'antisepsie de l'intestin, pour venir en aide au foie et au rein, l'antisepsie de la bouche, particulièrement importante dans l'espèce, pour éviter les infections secondaires. Pour la première indication, on peut se servir des antiseptiques tels que le salicylate de bismuth, le naphtol, le salol, ou bien du benzo-naphtol, largement diurétique, qu'on administre en cachets de 0,50 centigr. 4 ou 5 fois par jour. Pour l'antisepsie de la bouche, on se servira d'une solution faible de sublimé ou même d'eau oxygénée.

Contre l'asthénie nerveuse, on pourra utiliser avec avantage les injections sous-cutanées de strychnine à la dose de deux à trois milligrammes par jour en plusieurs fois.

Enfin, chez tous les malades atteints de pneumonie grippale ou déjà convalescents, on prescrira avec avantage la teinture de kola et la teinture de coca associées par parties égales, à raison d'une à deux cuillerées à café par jour.

MÉDECINE PRATIQUE

La dilatation de l'estomac

(*Maladie de Bouchard*)

Causes, diagnostic, conséquences et traitement.

Un estomac dilaté n'est pas nécessairement un estomac immense, mais c'est un estomac qui a perdu la propriété de revenir sur lui-même quand la période digestive est terminée, comme doit le faire un estomac normal. Au lieu d'une poche rétractile et contractile, il n'est plus qu'une poche inerte : aussi aucune définition ne paraît préférable à celle qu'a donnée M. Bouchard. « *Tout estomac qui ne se rétracte pas quand il est vide, est un estomac dilaté.* »

Il ne faut pas confondre un estomac dilaté et un estomac distendu passagèrement par des gaz qui le voussurent en avant ou refoulent le diaphragme comme dans toute dyspepsie flatulente.

Bien que fréquente, la dilatation de l'estomac passe souvent inaperçue parce qu'elle est souvent silencieuse en tant qu'affection gastrique. Dans les deux tiers des cas elle peut exister sans déterminer de sensations anormales, sans accidents dyspeptiques ni gastralgiques ; elle se dérobe souvent à l'attention du médecin, parce que, pour être reconnue, elle doit être recherchée systématiquement et suivant certaines règles.

Différents procédés d'exploration (inspection, palpation, succussion, percussion, auscultation, exploration directe de l'estomac par le cathétérisme, introduction de liquide ou de gaz dans sa cavité), peuvent donner des indications utiles suivant tel ou tel cas. Toutefois ces divers moyens sont les uns trompeurs, les autres peu pratiques, et c'est par la recherche du *clapotage*, c'est-à-dire du bruit hydro-aérique provoqué au niveau de l'estomac quand on frappe deux ou trois fois presque en un seul mouvement, et comme par une vibration, la paroi abdominale relâchée, qu'il faut savoir reconnaître et mesurer la dilatation de l'estomac ; mais certaines précautions sont indispensables pour cette recherche.

Le sujet doit être à jeun autant que possible, c'est-à-dire qu'on doit pratiquer l'examen le matin de bonne heure, l'estomac n'ayant pas reçu d'aliments depuis la veille au soir (Bouchard) ; si

cette règle souffre quelques difficultés dans la pratique, on exigera tout au moins que six heures se soient écoulées depuis la fin du repas précédent (Baradat), c'est-à-dire que l'on examinera le sujet immédiatement avant le repas suivant (Audhoui). Le malade doit être couché, horizontalement, débarrassé de toute espèce de lien, la poitrine et l'abdomen largement découverts. Un point capital, c'est d'obtenir du malade le relâchement des parois abdominales au moyen des précautions habituelles (flexion des cuisses, décubitus horizontal, etc.). Il importe de faire ouvrir la bouche au malade ; il faut lui dire de respirer librement et largement en faisant pénétrer l'air aussi profondément que possible. Le moment de l'acte respiratoire le plus favorable à la perception du clapotage est la fin de l'expiration et le commencement de l'inspiration : c'est alors qu'il faut pratiquer les petites secousses brusques et légères de palpation.

Le point où l'on doit, de prime abord, faire porter la recherche, est la région épigastrique dans la partie gauche, sous le rebord des fausses côtes ; de ce point on se portera un peu plus en bas, puis on ira vers l'ombilic, et, suivant les résultats que donnera la recherche, on se portera au-dessus ou au-dessous de la région ombilicale.

Chez un sujet dont l'estomac n'est pas dilaté, le bruit de clapotage ne s'entend pas, six heures après l'ingestion des aliments, au-dessous du milieu d'une ligne allant de l'ombilic au point le plus proche du rebord costal gauche. Chez un sujet dont l'estomac est dilaté, il se peut que le clapotage ne soit pas perçu à jeun, si l'estomac ne contient plus de boissons ni d'aliments ; mais, dès qu'on a fait ingérer un tiers de verre d'eau, le clapotage apparait dans des limites extra-physiologiques.

Les dilatations de l'estomac ainsi diagnostiquées sur le vivant peuvent être vérifiées sur le cadavre ; j'ai, ainsi que je l'ai dit dans ma thèse de doctorat(1), fait l'autopsie de douze malades chez lesquels j'avais diagnostiqué cliniquement la dilatation après constatation du clapotage dans des limites extra-physiologiques : j'ai trouvé dans ces douze cas des estomacs d'une capacité oscillant entre 1,450 et 3,600 centimètres cubes. Or l'évaluation de la capacité de l'estomac, basée sur l'examen de 60 estomacs pris au hasard, chez des malades ayant succombé aux affections médicales et chirurgicales les plus diverses, m'a conduit à admettre que la capacité physiologique moyenne de l'estomac d'un adulte qu'on ne surdistend pas est au plus de 1,300 centimètres cubes.

La fréquence de la dilatation de l'estomac s'explique par le nombre et la variété des causes qui produisent cette maladie. Sans parler des dilatations anciennement connues, consécutives aux sténoses pyloriques, cancéreuses ou cicatricielles, il est certain qu'une distension trop considérable, trop souvent répétée, trop prolongée, aboutit, plus ou moins rapidement, à un estomac *forcé*. Aussi conçoit-on l'influence pathogénique considérable d'une hygiène alimentaire défectueuse (repas trop copieux, ou pris à intervalles irréguliers, faits trop rapidement, mastication insuffisante par gloutonnerie, paresse ou mauvaises dents, mauvaise qualité des aliments). Cette influence se fait même sentir dès le premier âge, puis plus tard au collège « où l'économe est souvent enclin à prendre trop au sérieux son titre », en bourrant ses pensionnaires d'aliments peu nutritifs sous un volume considérable.

Malgré la multiplicité des causes qui peuvent conduire à la dilatation de l'estomac, il faut, pour qu'elles agissent, une prédisposition spéciale qui consiste en une *débilité congénitale, souvent héréditaire, de la tunique musculeuse de l'estomac* et même une débilité naturelle et générale du tissu musculaire lisse.

La dilatation de l'estomac retentit à la fois d'une manière fâcheuse sur le fonctionnement du tube digestif et sur la santé générale. Il est rare qu'elle ne détermine pas à la longue du catarrhe gastrique, de la dyspepsie, et d'autres désordres des voies digestives (gastrite ulcéreuse, entérite membraneuse, typhlite).

Outre ces accidents, les dilatés en présentent une foule d'autres : congestion hépatique, ectopie du rein droit, accidents nerveux dits réflexes, tels que névralgies intercostales et dorso-lombaires bilatérales, sensibilité excessive au froid, et pourtant sueurs faciles, insomnie, vertiges, troubles de la vue, contracture des extrémités, aphasie transitoire, etc.

Certains accidents du côté de la nutrition générale et certains troubles des émonctoires ne peuvent guère s'expliquer que par une sorte d'auto-intoxication par résorption de produits toxiques développés au sein des aliments qui stagnent et se putréfient dans l'estomac devenu inerte : ainsi les sueurs faciles, les bouffées de chaleur à la face, l'eczéma, le pityriasis versicolor, le zona, l'urticaire, etc. Signalons encore chez les dilatés la fréquence des bronchites sibilantes à répétition, du coryza récidivant, des pharyngites, de l'albuminurie, de la peptonurie, des phlébites, du purpura, résultats du trouble profond apporté progressivement à la nutrition et à la crase sanguine.

Du reste, la symptomatologie de la dilatation est si variée qu'on peut reconnaître dix types cliniques différents : la forme *latente*, la plus fréquente, qui constitue les deux tiers des cas, et dans laquelle le sujet accuse des malaises nombreux sans avoir jamais éprouvé de troubles dyspeptiques ; les autres formes, *dyspeptique, hépatique, névrosique, cardiaque, asthmatique, rénale, cutanée, rhumatismale* se traduisent par des symptômes prédominants du côté de ces divers appareils. Enfin il y a lieu d'admettre un type *consomptif*, qui peut être *aigu* ou *chronique* : dans le premier, le malade, qui a toujours souffert plus ou moins de l'estomac depuis dix ou quinze ans, se sent tout à coup anéanti et ne peut plus quitter sa chambre, ni même son lit. Le second type est le cas de tant de malades qui, dans les hôpitaux, passent pour paresseux ou hypochondriaques.

Il faut enfin savoir que la dilatation de l'estomac rend l'économie plus vulnérable à toutes les causes morbifiques et amène souvent la *phtisie pulmonaire, et la chlorose* chez les jeunes filles. Elle existe chez les deux tiers des tuberculeux : or, si on l'a recherchée assez tôt, on peut se convaincre que ses signes physiques ont précédé de longtemps quelquefois les premiers troubles vraiment révélateurs de la tuberculose,

(1) Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde ; valeur séméiologique des nodosités de Bouchard, par le Dr P. Le Gendre. Paris 1886.

Parmi les signes qui peuvent servir à mettre sur la voie du diagnostic d'une dilatation de l'estomac, M. Bouchard a décrit une déformation particulière des doigts : cette déformation siège au niveau de l'articulation de la phalange avec la phalangine ou deuxième articulation du doigt.

Elle a l'apparence d'un renflement qui augmente plus ou moins les dimensions transversales de cette articulation, et qui porte le plus souvent sur l'épiphyse de la phalangine. Quand l'élargissement des lignes de contour du doigt se fait brusquement au niveau de l'articulation, l'apparence de celle-ci éveille l'idée d'un nœud, d'une nouure, d'une nodosité : cette comparaison vient d'autant plus facilement à l'esprit que les sillons et les sinuosités dessinés par les plis de la peau rappellent vaguement l'aspect de l'écorce des branches d'arbres au niveau de leurs bifurcations.

On voit habituellement les quatre doigts noueux chez les sujets qui présentent à un haut degré les déformations dites *nodosités de Bouchard*. Il n'est pas rare de ne voir que deux ou trois doigts ou même un seul, qui soient ainsi déformés. Les plus fréquemment atteints de la déformation à l'état isolé sont l'annulaire et l'auriculaire, puis vient le médius. La nodosité de l'auriculaire s'accompagne assez souvent et surtout chez les femmes d'une tendance générale de ce doigt à s'incurver vers l'axe de la main.

Ces nodosités des doigts sont faciles à reconnaître et à distinguer des déformations produites par les nodosités d'Heberden, par le rhumatisme chronique, la goutte, la phtisie et la cyanose.

La dilatation de l'estomac, même latente, ne doit pas être négligée, parce qu'elle crée un état d'opportunité morbide : elle prédispose en effet à contracter avec une fréquence toute particulière certaines maladies aiguës, notamment celles dont le microbe pathogène pénètre par les voies digestives.

J'ai constaté que beaucoup de typhoïsants sont des dilatés de date déjà assez ancienne ; j'estime, d'après une statistique hospitalière, à 60 p. 100 les typhiques ayant eu avant leur maladie une dilatation de l'estomac, ou tout au moins des troubles digestifs chroniques d'ancienne date.

Parmi les cas de contagion de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux, ce sont les dilatés qui tiennent la première place ; du reste, les recherches du Dr Burlureau (*Gaz. hebdomadaire* 1886) ont démontré chez les militaires l'infériorité relative des dilatés sur leurs camarades à estomac sain, au point de vue de la résistance aux causes morbifiques et à la fatigue.

La dilatation de l'estomac prédispose non seulement à une première atteinte, mais encore à une récidive de la fièvre typhoïde.

Cette influence nocive de la dilatation stomacale s'exerce de deux manières : a) en débilitant par mauvaise assimilation des aliments les sujets qui en sont atteints ; b) en favorisant la pénétration de l'agent infectieux dans l'organisme, parce qu'elle lui ouvre une porte d'entrée qui lui est fermée d'ordinaire, chez les gens qui ont bon estomac. C'est probablement la pauvreté du suc gastrique en acide chlorhydrique, qui permet d'expliquer la pénétration plus facile des parasites morbigènes jusque dans l'intestin. Quoi qu'il en soit, on constate chez les dilatés plus fréquemment que chez d'autres la présence de gros parasites dans le tube digestif (tænia, lombrics, etc.). Aussi n'est-il pas rare de voir chez les typhoïsants des lombrics qui sont rendus par vomissements dès la période d'invasion ou qui partent dans les garde-robes, comme si l'évolution du processus typhique rendait désormais le tube digestif inhabitable pour eux.

Dans un certain nombre de cas, c'est la dilatation de l'estomac qui est engendrée ou aggravée par la fièvre typhoïde ; les lésions gastriques décrites par A. Chauffard dans le cours de la dothiénentérie, l'asthénie de la tunique musculaire expliquent la facilité avec laquelle l'estomac des typhoïsants peut se laisser d'abord distendre, puis dilater d'une manière plus ou moins durable.

Enfin, il ressort de mes observations qu'un certain nombre d'états gastro-intestinaux, plus ou moins bien définis, et décrits sous les noms d'*embarras gastrique simple ou fébrile*, *de fébricule continue*, *de catarrhe gastro-intestinal cholériforme*, sont fréquents chez les sujets atteints de dilatation stomacale.

Quant au *traitement de la dilatation de l'estomac*, sans parler du traitement pharmaceutique, dont le principal agent est le sulfate de strychnine à dose de 4 à 6 millig. par jour pendant trois jours consécutifs chaque semaine, de l'influence favorable de l'hydrothérapie et de tout ce qui peut stimuler le système nerveux général et les nerfs de l'estomac, l'hygiène alimentaire y prend la place la plus importante.

Le triple but à atteindre pour amener la guérison est que l'estomac soit distendu le moins possible, le moins souvent, le moins longtemps possible. Il ne faut donc rien manger, ni rien boire entre les repas, qui doivent être éloignés, peu volumineux, mais substantiels. Il convient de supprimer tout ce qui est inutile en fait d'eau et, par conséquent, les aliments liquides. Les repas seront pris lentement et la mastication sera assez patiente pour réduire les aliments en purée.

Le premier déjeuner sera peu copieux : un œuf à la coque, des fruits cuits ou des marmelades, pas de pain, ni de boissons. Aux deux principaux repas conviennent les viandes et volailles grillées, rôties ou braisées, chaudes ou froides, bien tendres et bien cuites, des purées de viande, des poissons bouillis, des œufs, des crêmes, des pâtes alimentaires, des purées de légumes, etc.

Il ne faut boire à chacun des deux principaux repas qu'un verre et demi, chaque verre comprenant 250 grammes.

Il faut écarter autant que possible du régime tout ce qui a de la tendance à fermenter : l'alcool sous toutes ses formes, le vin rouge qui est mal supporté par la plupart des dyspeptiques ; si l'eau pure répugne au malade, on peut y ajouter un tiers de bière, un quart de vin blanc ou une cuillerée à café d'eau-de-vie. Dans le pain, il faut permettre la croûte exclusivement ou la mie grillée.

Ce régime peut être modifié suivant les circonstances : dans certains cas il est utile de le faire précéder d'une cure préparatoire par le régime lacté ; le lait doit être donné à doses fréquentes et aussi petites qu'il le faut pour que la digestion en soit rapide et complète ; puis, après quelques jours du régime lacté absolu, on institue un régime mixte qui consiste en deux œufs à la coque et un verre ou un verre et demi de lait, tou-

tes les quatre heures. On arrivera ensuite, par transitions insensibles, au régime mixte complet précité.

Pour empêcher les fermentations excessives que la dilatation de l'estomac favorise, on aura recours aux antiseptiques, naphtols, salicylate de bismuth associé à la magnésie, à la rhubarbe, au cascara pour éviter la constipation, eau chloroformée, eau oxygénée et assez souvent à l'acide chlorhydrique (4 grammes pour 1.000 grammes d'eau. Un demi-verre au milieu du repas ou à la fin).

Dans certains cas le lavage de l'estomac est indiqué pour débarrasser l'estomac du reliquat des digestions antérieures inattaqué par le suc gastrique, mais jamais d'une manière fréquente et systématique.

Le traitement de la dilatation est donc complexe et ne peut amener la guérison définitive qu'à la longue et à l'aide d'un régime sévère, mais il amène en général très promptement la disparition des accidents les plus pénibles.

TRAVAUX ORIGINAUX

Statistique comparative des diverses espèces de dyspepsie gastrique et de la dilatation de l'estomac.

La question des dyspepsies est à l'ordre du jour de la Société médicale des Hôpitaux. Diverses communications faites par MM. Hayem, Mathieu et Rémond (de Metz) m'ont semblé obscurcir plutôt qu'éclairer un sujet dans lequel quelque lumière avait été apportée par les travaux de M. Ch. Bouchard et les miens. M. Bouchard avait montré combien la dilatation permanente de l'estomac était fréquente, et le traitement qu'il avait proposé donne certainement du soulagement à tous les malades ainsi affectés, la guérison à beaucoup. L'œuvre de mon maître ayant paru un peu dédaignée par les auteurs des récentes recherches sur le chimisme stomacal, j'ai, pour remettre les choses dans leur vrai jour, apporté à la Société des Hôpitaux, dans la séance du 26 février, quelques chiffres tirés de ma statistique personnelle qui me paraissent donner une idée assez exacte de la fréquence comparative des diverses espèces de dyspepsie qu'on rencontre dans la pratique et aussi de l'importance de la dilatation de l'estomac (1).

J'ai, depuis le commencement de 1886, recueilli, d'une part, minutieusement, les observations des malades qui sont venus me consulter pour des symptômes de dyspepsie et j'ai, d'autre part, recherché systématiquement la dilatation de l'estomac chez tous les malades qui m'ont consulté pour une affection quelconque. J'ai de la sorte amassé un matériel de statistique clinique de 102 observations d'adultes qui se décomposent ainsi : 41 dyspeptiques non dilatés; — 61 dilatés (dyspeptiques ou non).

L'examen du lot des 41 dyspeptiques m'a montré qu'il comprenait les catégories suivantes :

(1) Cette question a été si souvent dénaturée qu'il m'a paru utile de reproduire dans ce numéro le résumé qui en a déjà paru en 1886, mais que beaucoup de lecteurs ont sans doute oublié ; car tous les ans je suis interrogé plusieurs fois sur le diagnostic et le traitement.

17 malades, accusant des troubles dyspeptiques, présentaient en même temps des troubles nerveux au moins aussi accusés que leurs symptômes de dyspepsie. C'étaient des névropathes, hystériques et neurasthéniques ; on trouvait chez eux un plus ou moins grand nombre des stigmates de ces névroses ; leur interrogatoire montrait que ces sujets avaient été des névropathes depuis une époque très ancienne, quelques-uns toute leur vie, avec une hérédité nerveuse plus ou moins chargée; la dyspepsie s'était montrée à diverses époques de leur existence, occupant de temps en temps le premier plan de leurs préoccupations, mais chronologiquement et pathogéniquement subordonnée à la névrose.

Parmi les malades de ce groupe j'en relève plusieurs qui, par l'ensemble de leurs symptômes, répondraient assez bien au type hyperchlorhydrique des classifications récentes : ils avaient non seulement du météorisme, de la pesanteur épigastrique, du pyrosis, des éructations, mais des crampes d'estomac, des crises gastralgiques survenant entre deux et cinq heures après les repas, crises souvent terminées par des vomissements tantôt composés de débris de pain ou de féculents, tantôt d'un liquide grisâtre cuisant à la bouche et aux lèvres ou jaune-verdâtre avec saveur bilieuse ; d'autres fois la nuit, la crise douloureuse était suivie d'un besoin impérieux d'aller à la garde-robe et d'une ou deux selles précipitées; l'appétit était conservé ou exagéré, pourtant il y avait de l'amaigrissement, la soif était vive entre les repas. Les urines étaient souvent troubles et laiteuses aussitôt après l'émission. Ce sont là plusieurs des caractères assignés par Reichmann, par MM. Bouveret et Devic aux hypersécrétours hyperchlorhydriques ; il ne manquait, pour compléter le tableau, que la constatation chimique de l'hyperchlorhydrie et l'existence de la dilatation gastrique, que je n'ai pas constatée avec les caractères requis par M. Bouchard, c'est-à-dire permanente ; à la vérité, l'estomac de ces malades est souvent en état d'atonie passagère, et même sa capacité peut osciller rapidement entre des limites étendues. Il arrive qu'en les examinant à quelques jours d'intervalles on ait l'extrême surprise, après avoir constaté un jour le clapotage à un ou deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, de le trouver dans les limites normales à l'examen suivant. Il aura suffi, pour faire remonter la limite inférieure de leur estomac, de quelques douches, d'une bonne nouvelle, ou d'un lavage d'estomac ; car ce sont ces malades-là qui donnent, à ce qu'il m'a semblé, des succès thérapeutiques aux lavages d'estomac. Ces malades, qui sont ainsi des atoniques et des distendus, comme l'a dit M. Mathieu, ce ne sont pas des dilatés et je ne les ai pas comptés parmi les nôtres, bien que plusieurs doivent arriver certainement à entrer dans notre catégorie au bout d'un temps variable.

Je trouve encore dans le lot des dyspeptiques non dilatés : 4 tuberculeux au premier ou au second degré ; 3 cas d'ulcère simple avec hématémèses ; 3 cas de gastrite alcoolique avec catarrhe pituiteux matutinal, dont un commençait une cirrhose du foie ; 3 cas de dyspepsie goutteuse ; 2 chlorotiques avec atonie passagère de l'estomac, mais sans dilatation durable ; 2 dyspeptiques artério-scléreux avec polyurie et bruit de galop ; 3 rhumatisants chez lesquels la dyspepsie était aussi intestinale que gastrique ; 1 tabétique dont

l'estomac est distendu passagèrement au moment de crises gastriques violentes, pendant lesquelles il ingère d'énormes quantités de glace, mais revient dans les limites normales une fois sa crise passée ; 1 palustre avec gros foie et grosse rate ; 1 paralytique général; 1 malade atteint vraisemblablement d'une affection du pancréas (amaigrissement extrême et rapide, glycosurie, selles graisseuses).

J'arrive au lot des 61 dilatés qui se divise ainsi : dilatés dyspeptiques 27 ; dilatés latents 34.

La catégorie des dilatés latents comprend les malades qui ne se plaignaient pas de troubles dyspeptiques et chez lesquels je constatais le clapotage gastrique permanent dans des limites extra-physiologiques. Chez tous les malades dont je parle, j'ai pu vérifier la constance du clapotage à des époques diversement éloignées et à des heures différentes, mais au moins six heures après un repas moyen ou le matin à jeun ; dans ce cas, si l'estomac était vide, je constatais le clapotage après ingestion d'un verre de liquide.

Les 27 dilatés dyspeptiques accusaient, comme symptômes d'ordre strictement digestif, presque tous la flatulence (météorisme avec ou sans éructation) et la constipation ; trois seulement avaient de la diarrhée habituelle, mais beaucoup avaient des débâcles irrégulières alternant avec la constipation ; beaucoup avaient du pyrosis, la moitié environ avaient de la gastralgie d'intensité très variable, généralement légère, quelquefois très douloureuse, entre une et cinq heures après les repas ; parmi ces gastralgiques, deux avaient d'importantes ulcérations gastriques, ayant présenté des hématémèses et du mélœna. Trois seulement parmi ces 27 dilatés dyspeptiques avaient des vomissements fréquents ; la majorité n'accusaient que quelques rejets alimentaires à l'occasion d'indigestions accidentelles, un tiers au moins m'ont affirmé n'avoir jamais vomi. La plupart avaient conservé un appétit ordinaire, quoique souvent capricieux ; quelques-uns avaient un appétit exagéré, un avait une vraie boulimie, un autre avait du mérycisme. Chez ces dilatés dyspeptiques j'ai trouvé, avec une fréquence variable, les mêmes troubles nerveux, circulatoires, cutanés, excréteurs et nutritifs que chez les dilatés non dyspeptiques dont je vais parler maintenant.

Les 34 dilatés latents me consultèrent pour un ou plusieurs des symptômes ou états morbides suivants, par ordre de fréquence : amaigrissement, vertiges, céphalalgie à caractères variables, souvent migraineuse, névralgies diverses, troubles intestinaux (notamment typhlite, entérite glaireuse et muco-membraneuse), tuberculose, bronchite chronique, diabète, chlorose, syncopes, pharyngite chronique, dermatoses (acné, furonculose, eczéma, pityriasis, zona, séborrhées, tœnia).

Sur les 61 dilatés (dyspeptiques ou latents) j'ai trouvé 24 fois une tuméfaction du foie, constante ou intermittente, foie lisse et le plus souvent indolent, débordant le rebord costal de 1 à 5 travers de doigt.

J'ai trouvé 11 fois le déplacement du rein droit (4 fois il n'était qu'abaissé, 6 fois il était en ectopie complète, 1 fois il y avait abaissement des deux reins). J'ai trouvé 8 fois la peptonurie, avec dédoublement des bruits du cœur ; l'albuminurie intermittente 3 fois ; la glycosurie passagère et alimentaire 2 *fois*. J'ai aussi constaté la fréquence des troubles nerveux ; outre les névralgies, l'insomnie survenant par périodes plus ou moins prolongées et coïncidant avec la tuméfaction du foie, l'agoraphobie, la tendance aux lipothymies, et des accès d'état syncopal, des troubles vasomoteurs dont le plus fréquent est la rougeur du nez et des joues survenant chez certains malades après chaque repas soit en plaques irrégulières soit en forme de papillon. J'ai vu aussi le doigt mort, l'asphyxie locale des extrémités. Parmi les troubles des sécrétions se placent 2 cas de flux de mucus nasal survenant régulièrement après chaque repas un peu important, soit dès le début, soit pendant le cours du labeur digestif. J'ai vu un cas d'hypercrinie salivaire considérable à chaque digestion. Parmi les affections de la peau liées à la fois à un trouble trophique et à un vice de sécrétion, une séborrhée décalvante dont rien n'a pu enrayer la marche progressive. J'ai constaté, comme l'avait déjà dit M. Bouchard, que la plupart des dilatés sont d'une extrême sensibilité au froid.

Je n'ai jamais vu les nodosités des secondes articulations des doigts chez des individus qui ne fussent ou n'eussent jamais été dilatés ou dyspeptiques. Je les trouve notées 13 fois comme très accentuées sur mes 61 dilatés ; elles sont plus fréquentes chez les dilatés dyspeptiques (9 fois sur 27) que chez les dilatés latents (4 fois sur 34). Je les ai rencontrées quelquefois, mais à un degré bien moindre, chez les dyspeptiques non dilatés ; actuellement, peut-être, chez ces malades-là une dilatation, assez durable pour engendrer un commencement d'altérations osseuses, par le mécanisme de l'auto-intoxication, a-t-elle pu exister à une ou plusieurs époques antérieures. Il ne me répugne pas, d'ailleurs, d'admettre que les conditions requises pour la production des troubles de la nutrition du tissu osseux peuvent se réaliser en dehors de la dilatation gastrique proprement dite ; je veux dire que les fermentations putrides habituelles dans l'intestin, quelle qu'en soit la cause, peuvent être génératrices d'ostéo-arthropathies digitales du type « nodosités de Bouchard ».

Je n'ai jamais manqué de demander à mes malades dyspeptiques ou dilatés s'ils avaient eu la fièvre typhoïde ; plusieurs n'ont pu répondre à ma question ; 18 sur 61 m'ont répondu affirmativement. Parmi les dyspeptiques non dilatés la proportion était sensiblement moindre (6 sur 41) ; quant à la relation inverse entre la dilatation et la fièvre typhoïde, elle ne pouvait être recherchée dans une statistique du genre de celle-ci.

J'ai dit que parmi les dyspeptiques non dilatés je rangeais 2 chloroses ; j'en ai deux également parmi les dilatés dyspeptiques et une parmi les dilatés latents.

Enfin, il est une dernière relation entre la dilatation de l'estomac et les autres états morbides qui a donné lieu à certaines contestations, c'est la relation avec la tuberculose. J'ai vu des tuberculeux dyspeptiques non dilatés ; j'ai vu des phthisiques à vaste estomac non contractile chez lesquels j'accepte très bien que la dilatation atonique était une conséquence de la phthisie et souvent du traitement ; mais j'ai suivi quatre cas tout à fait décisifs dans lesquels la tuberculose ne s'est montrée qu'après plusieurs années de dilatation et comme conséquence indéniable

d'une cachexie progressive ; dans trois de ces cas j'ai assisté à l'éclosion et à l'évolution très rapide de l'affection sous forme de tuberculose aiguë pneumonique ou de phthisie galopante.

Au point de vue étiologique il est incontestable que la plupart de mes dilatés étaient de souche arthritique ou présentaient eux-mêmes beaucoup des attributs de la diathèse bradytrophique, plusieurs souffraient de lithiase biliaire ou de gravelle urique.

Chez beaucoup d'entre eux, l'hérédité de la dilatation gastrique était indéniable. J'ai vu plusieurs frères et sœurs, les parents et les enfants, même trois générations (grand'mère, mère et petit-fils) présenter la dilatation gastrique.

Ma statistique confirme ce qui a déjà été dit sur la fréquente coexistence de la phlébectasie généralisée, notamment de l'existence sur les parois abdominales d'un réseau veineux, beaucoup plus accentué qu'à l'état normal, des varices des jambes, des hémorrhoïdes et du varicocèle ; elle vérifie aussi la fréquence de l'atonie intestinale et souvent de la dilatation de l'S iliaque sur laquelle a insisté M. Trastour, du relâchement des parois abdominales, de la flaccidité du scrotum, la tendance à réaliser les vergetures plus facilement que d'autres sujets à l'occasion des causes provocatrices ordinaires, de l'atonie des muscles bronchiques et des autres conduits à fibres lisses. Avec M. A. Ruault, j'ai vu une malade qui présentait, outre la dilatation gastrique, une dilatation de l'œsophage ayant donné naissance à une véritable ampoule œsophagienne sans rétrécissement au-dessous.

Les faits que j'ai observés depuis ma thèse me confirment dans l'opinion que la dilatation gastrique est un cas particulier d'une débilité congénitale du système des fibres musculaires lisses à laquelle sont plus prédisposées certaines familles d'arthritiques. Parmi les causes capables de réaliser la dilatation de l'estomac chez les individus ayant cette prédisposition, je considère comme les plus fréquentes une défectueuse hygiène alimentaire s'exerçant souvent dès la première enfance, se poursuivant pendant la période scolaire, pour donner ses plus déplorables fruits à l'âge adulte.

En résumé, il découle de ma statistique personnelle :

1° Que sur 68 dyspeptiques pris au hasard, j'ai trouvé :

Dyspeptiques non dilatés, 41.
Dyspeptiques dilatés, 27.

C'est-à-dire que *les dyspeptiques par dilatation de l'estomac représentent presque la moitié du nombre des dyspeptiques qu'on rencontre dans la pratique* ; ceux-là, quel que puisse être d'ailleurs le type chimique de leur processus digestif, bénéficient, j'en acquiers chaque jour la conviction plus forte, des préceptes thérapeutiques formulés par M. Bouchard. Je dirai la même chose des névropathes dyspeptiques avec atonie passagère de l'estomac, qu'une hygiène alimentaire rationnelle peut empêcher de passer dans le groupe des dilatés vrais.

2° La dilatation de l'estomac, outre son rôle comme facteur de dyspepsie, a bien, par la fréquence de ses formes latentes et sa corrélation avec de nombreux états pathologiques, l'importance pathogénique que M. Bouchard a fait connaître.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Modifications apportées par le Sénat, à la Loi Chevandier.

Nous avons publié la loi Chevandier et sa discussion, dans leur intégrité. Nous n'indiquerons à nos lecteurs que les points essentiels des modifications proposées, au Sénat, par la commission présidée par M. le Pr *Cornil*.

Nous notons une addition à l'article premier proposée en vue des écoles secondaires :

Les inscriptions précédant les deux premiers examens probatoires pourront être prises et les deux premiers examens probatoires subis dans une école préparatoire réorganisée.

Les élèves, occupant dans les villes où siège une école préparatoire, des places d'internes et de prosecteurs nommés au concours, pourront y prendre leurs seize inscriptions.

La suppression des officiers de santé est appuyée de considérations et de statistiques sur la variation de la population médicale du plus haut intérêt.

Article 2. Les *officiers de santé* ne seront plus tenus de se faire assister par un docteur en médecine.

Article 5. Les *dentistes* qui ne seront pourvus que du diplôme délivré par les Ecoles dentaires ne pourront pratiquer l'anesthésie sans l'assistance d'un médecin.

Article 9. Les *sages-femmes de 2e classe* sont maintenues et ne peuvent exercer que dans le département de leur réception.

Article 14. L'enregistrement des diplômes se fera *sans frais* ; car les formalités coûteuses empêchaient cet enregistrement.

Article 16. Le Sénat fait l'addition suivante, omise par la Chambre des députés (c'était à dessein que la Chambre avait renvoyé cet article à l'époque où on discuterait la loi sur l'exercice de la pharmacie. Nous préférons de beaucoup que le Sénat ait rétabli l'article 27 de la loi de germinal).

« Toutefois, tout docteur ou officier de santé, établi dans les localités distantes de quatre kilomètres au moins d'une officine de pharmacien, peut tenir des médicaments pour l'usage exclusif de ses malades, sous la condition de se soumettre aux lois et règlements régissant la pharmacie, à l'exception de la patente. »

Le rapporteur commente cette restitution et il dit :

« Elle donne aux médecins, établis dans les localités distantes de 4 kilomètres d'une officine de pharmacien, le droit de vendre des médicaments à leurs malades. Cet article demande une explication. Comment doit-on compter la distance de 4 kilomètres ? C'est, pensons-nous, suivant la distance de clocher à clocher, c'est-à-dire du clocher de la résidence du médecin à celui de la résidence du pharmacien tenant officine. Autre détail : le médecin, ayant par son éloignement de toute officine le droit de vendre des médicaments, *peut-il les porter chez ses clients lorsque ces clients résident dans une commune à proximité de pharmaciens ayant officine ouverte ? Non, car il ferait alors concurrence à des pharmaciens qui seraient en droit de lui intenter un procès.* Le dernier membre de la phrase : « sous la condition de se soumettre aux lois et règlements régissant la pharmacie, à l'exception de la patente, » n'est point une innovation. Cela résulte de la jurisprudence du Conseil d'Etat. »

Nous avons souligné un passage de ce commentaire. Il est fort obscur et son sens mérite d'être précisé par la discussion, car l'article lui-même ne comporte pas cette signification.

Ce serait-là négation de l'esprit de l'article, car il dit que le médecin doit pouvoir donner des médicaments à tous ses clients, excepté à ceux qui résident dans une commune pourvue d'une officine.

En effet, prenons un exemple: une officine existe dans la commune de X, située au sud de la résidence Y du médecin qui, elle, est à plus de quatre kil. au nord de X. Le médecin, en vertu de l'obscur commentaire, ne pourrait pas fournir des médicaments à son client dans une troisième commune Z située, elle, au nord, à l'est ou à l'ouest de sa propre résidence, c'est-à-dire à beaucoup plus de quatre kilomètres de l'officine ! Ce n'est pas admissible, puisque le malade serait obligé d'aller faire exécuter l'ordonnance du médecin à l'officine éloignée et c'est ce que la loi a voulu éviter en donnant au médecin le privilège de délivrer des médicaments à ses seuls clients.

Nous espérons que cette interprétation va disparaître et laissera le paragraphe avec toute sa portée. Nous en entretiendrons d'ailleurs MM. *Cornil* et *Chevandier*.

En revanche, nous approuvons pleinement la modification à l'article 18 qui dit que les *sages-femmes* et les *dentistes* auront, comme les médecins, le droit de bénéficier de la loi du 21 mars 1884 sur les Syndicats.

L'article 20 maintient, *à la charge du médecin*, la déclaration des maladies épidémiques, en le dégageant, toutefois, d'une façon expresse, de l'obligation du secret, pour ces maladies spécifiées dans une liste explicite et légale.

Nous regrettons vivement que le Sénat n'ait pas adopté la solution, plus juste, proposée par le Concours médical, par les Syndicats et par diverses Associations, qui n'obligeait le médecin qu'à la déclaration directe au chef de famille, ou au logeur ; ceux-ci, les vrais intéressés, faisant, comme pour l'état civil, leur déclaration à l'administration. Mais nous sommes, paraît-il, en présence d'un parti bien pris dans les deux Chambres.

Article 21.—Le Sénat supprime, et à notre avis, avec raison, la définition de l'exercice illégal (soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires ou application d'appareils), car, dit-il, il serait difficile de poursuivre un bandagiste qui applique un appareil ; une matrone qui fait un acccouchement ; celui qui arrache une dent branlante. Il ajoute, et avec raison encore, *sauf les cas d'urgence absolue*.

L'article 34 est modifié en ce sens que ceux qui aspirent aux diplômes de médecin, sage-femme, dentiste, s'ils sont condamnés à des peines infamantes, peuvent être exclus des établissements d'enseignement supérieur.

En somme, sous le bénéfice des observations qui précèdent, nous estimons qu'il serait à souhaiter que le projet de loi Chevandier, amendé par le Sénat, soit voté dans son intégrité par la Chambre, pour que le corps médical soit enfin pourvu d'une législation qui lui assure le bénéfice de la plupart de ses revendications depuis un demi-siècle.

Chaque génération médicale accomplit sa tâche. MM. *Chevandier* et *Cornil* auront bien mérité de tous leurs confrères et les médecins voudront bien se souvenir que c'est le *Concours médical* qui, en 1880, a repris en main la *Revision de la législation*, abandonnée par l'Association générale découragée. Il nous a fallu 11 ans de persévérance, d'études et de démarches pour réussir enfin, avec l'aide de M. *Chevandier*, le père de la loi qui portera son nom.

Association mutuelle de la Seine.

FONDS DE LA SOCIÉTÉ

AVOIR AU 1er JANVIER 1891

A la Caisse des dépôts et consignations.	40.900
Intérêts échus pour l'année 1890	1,520
Espèces entre les mains du trésorier	402
Fonds disponibles	397

RECETTES DE L'ANNÉE 1891.

Droits d'entrée	420
Amendes	173
Cotisations.	
1° Des membres participants	22.800
2° — honoraires	230
Intérêts	8
Intérêts des capitaux placés pour l'année 1891	2.065
Reliquat du banquet	1
Total	68.920

EMPLOI DES FONDS.

Indemnités.	
Indemnités payées pour 970 jours de maladie (1)	9.700
Frais de gestion.	
Recouvrements des cotisations	208
Imprimés, etc.	382
Frais d'assemblée générale et de comptabilité	340
Fonds placés et disponibles.	
A la Caisse des Dépôts et Consignations	52.416
Intérêts acquis pour l'année 1891	2.065
Fonds en compte	2.866
Fonds disponibles	940
Total	68.920

AVOIR DE L'ASSOCIATION AU 31 DÉCEMBRE 1891.

Caisse des dépôts et consignations	52.416
Intérêts échus pour l'année 1891	2.065
Espèces entre les mains du trésorier	940
Fonds disponibles	2.866
Total	58,289

(1) Au 31 décembre, il restait dû 990 francs pour 99 journées de maladie non encore touchés par les ayants droit, ce qui porte à 10,690 fr. le total des indemnités de l'année.

REVUE D'HYGIÈNE

I. L'EXERCICE CHEZ LES ADULTES.

Nous manquerions à nos devoirs de *reporter* en matière d'hygiène, si, à l'instar de feuilles médicales nombreuses, nous ne rendions pas un éclatant hommage à l'un des hommes qui poursuivent avec le plus de zèle et le plus de succès, l'œuvre par excellence de la vulgarisation de l'hygiène. J'ai nommé le Dr Lagrange, et j'ai désigné son livre sur *l'Exercice chez les adultes*.

Continuant la série de publications qu'il a faites sur les exercices du corps, le Dr Lagrange fait plus ici de l'hygiène thérapeutique que de l'hygiène générale ou de la physiologie ; à ce point de vue, son œuvre comble une lacune, puis-

qu'elle nous montre les bénéfices qu'on pourra tirer de l'exercice réglé, dosé, ordonnancé, pour la guérison des maladies chroniques les plus répandues.

Analyser cet ouvrage serait une folle prétention; tout y tient sa place, et l'on n'en saurait distraire quoi que ce soit sans amoindrir l'œuvre. Qu'il nous suffise d'en mentionner, au courant de la plume, les grandes divisions :

Chez les obèses, l'exercice devra être journalier, mais progressif; l'entraînement sera lent, mais prolongé; et quand celui-ci ne suffira plus, la dose d'exercice sera augmentée de façon à toujours atteindre et dépasser la fatigue. D'abord gymnastique passive, massage suivant la méthode enseignée par l'école de Stockholm, ensuite exercice actif, fait à jeun, l'escrime par exemple; enfin, l'hydrothérapie et la sudation.... Ces conseils, du reste, sont appuyés sur des raisons physiologiques que l'auteur développe avec un talent descriptif tout particulier.

Chez les goutteux, le Dr Lagrange n'hésite pas à recommander les exercices physiques. Et, cependant, sur ce point, que de divergences dans les opinions! Mais notre confrère nous dira bien vite que *in medio stat virtus*, et que le goutteux doit peser plus que tout autre ce qu'il prend comme ce qu'il ne prend pas. Celui qui fera un exercice exagéré ou trop rapide, arrivera fatalement à l'accumulation des déchets, à l'auto-intoxication, à l'accès de goutte, par le seul fait d'une élimination difficile et d'une hyperacidité développée par l'action musculaire elle-même.

Conclusions : le goutteux doit commencer par un exercice très modéré, et ne *jamais aller jusqu'à la fatigue*; sans cela, il accumule les déchets, et aggrave sa maladie.

Le jeu de paume et l'escrime en plein air constituent, en dehors des crises, le *nec plus ultra* de l'hygiène thérapeutique du goutteux et de l'arthritique.

Chez les diabétiques, même utilité, même nécessité; et, il est faux de dire que l'exercice ne saurait convenir aux azoturiques; la question d'entraînement subsiste ici encore tout entière. Chez l'homme non entraîné, l'exercice augmente considérablement l'élimination d'acide urique et il diminue celle de l'urée. Donc exercice progressif qui dépassera la fatigue, et, s'il y a faiblesse ou impotence, on commencera par le massage, l'exercice passif, en y joignant la douche.

Chez les cardiaques, les recherches de M. Lagrange sont particulièrement intéressantes par l'exposition des théories suédoises qui diffèrent sensiblement des nôtres à l'égard des individus atteints de lésions au cœur.

En France, quand le myocarde fonctionne mal, le repos est de rigueur; en Suède au contraire, on s'efforce de faire travailler le muscle cardiaque en allégeant sa charge. C'est alors qu'on fait intervenir les pressions douces, les frictions sur les membres, en un mot le massage périphérique qui dégage le cœur en activant la marche du sang veineux vers le poumon et en diminuant ainsi les obstacles qui mettent en péril l'énergie systolique. A ce massage des membres, est joint celui de l'abdomen et, de ce fait, les fonctions internes deviennent plus actives et l'effort imposé au cœur diminue.

La pratique, du reste, confirme absolument la théorie suédoise, et M. Lagrange a vu en Suède les professeurs de clinique obtenir dans l'asystolie, par le massage, des résurrections que nous donne parfois la saignée. En peu de jours, il nous dit avoir vu disparaître, par cette mécanique entendue des cyanoses, des dyspnées, des anuries et des œdèmes contre lesquels un traitement médical pur aurait certainement échoué.

Telles sont les grandes lignes de cet ouvrage. La lecture en est aisée, intéressante au premier chef, et l'auteur nous y donne un aperçu très complet de ce que peut en Suède la vraie gymnastique, le vrai massage dans ses applications à l'hygiène et à la thérapeutique.

II. Action de l'acide sulfureux sur quelques bactéries pathogènes.

Cette action des vapeurs sulfureuses devient de plus en plus à l'ordre du jour, et, cependant, les expérimentateurs sont loin de s'entendre. Suivant Pettenkofer et la commission allemande du choléra, la puissance antiseptique de l'acide sulfureux serait suffisante à 20 gr. par mètre cube, pour détruire bactéries, vibrions, infusoires; à la suite des expériences de Pasteur, Roux et Dujardin-Beaumetz, la même dose fut adoptée en France. D'autres expérimentateurs, au contraire, dont Gaillard et Thoinot, prouvèrent que nombre de virus résistaient à cette dose de désinfectant, et que celle de 60 gr. par m. cube avec une exposition de 24 heures dans une chambre bien close, donnait une certitude absolue. Ces expériences diverses furent reprises au laboratoire du professeur Rietsch, de Marseille, par le Dr Cassedebat, et ce dernier dans une note communiquée à la Société de Médecine publique, le 20 décembre 1891, nous apportait des conclusions beaucoup moins affirmatives.

Pour lui, la *puissance antiseptique de l'acide sulfureux varie*, suivant les germes, leur quantité, leurs dispositions sur les parois des appartements, ou dans les objets de literie. Les uns seront détruits avec 20 gr. de soufre, les autres avec 60 gr. — Des doses plus considérables, 300 gr. par mètre cube ont été employées à la désinfection de la caserne des Papes à Avignon, et nombre de microbes ont résisté. Des milliers de bacilles d'Eberth et de Löfler y paraissaient aussi vivaces et aussi propres à de nouvelles cultures. La question ne semble donc pas pouvoir être encore résolue, et jusqu'à nouvel ordre, il est permis de supposer que la dose germicide du désinfectant doit varier pour chaque bactérie.

On avait pensé que la *puissance de l'acide sulfureux serait augmentée par le degré d'humidité ou de vapeur d'eau*. Dubief et Gaillard sont d'accord pour affirmer le fait. Le Dr Cassedebat a rigoureusement repris leurs expériences, il a trouvé que sur cinq cultures en bouillons, le microbe de la fièvre typhoïde, de la dysenterie et du rouget ont résisté chacun une fois; ceux du choléra et du clou de Biskra deux fois; celui de la diphthérie trois fois, et enfin celui du charbon dans tous les cas... La destruction est donc loin d'être complète.

Sur les *étoffes, literie, linges*, etc., mêmes insuccès. Pour agir, l'acide sulfureux, comme tous les désinfectants, doit entrer en contact intime avec les bactéries; si celles-ci ont pénétré les linges ou tissus, la désinfection est impossible; les vapeurs atteindront la surface, tueront les bac-

téries qui s'y trouvent ; mais si les tissus ne sont pas pénétrés, leur action restera à peu près nulle.

Tout au moins pourrait-on supposer que la durée *de l'exposition aux vapeurs* doive apporter un élément de plus à la stérilisation ? Pour notre confrère, la durée n'y est pour rien : après 2 jours comme après 5 jours, les résultats sont identiques.

Sur les microbes de l'air, l'action de l'acide sulfureux paraît plus certaine ; le nombre de germes contenus dans l'atmosphère de la chambre est toujours plus faible après la sulfuration qu'avant. Mais l'air n'échappe-t-il pas à la désinfection, et la contagion par l'air n'est-elle pas qu'un mince facteur dans l'évolution des maladies contagieuses.

La conclusion de ce travail (conclusion dont nous laissons toute la responsabilité à l'auteur) est donc la suivante : l'acide sulfureux aux plus hautes doses qu'il soit possible d'atteindre dans la pratique, même dans un air saturé de vapeur d'eau, doit être considéré comme un antiseptique trop inconstant pour le préconiser dans la désinfection des virus reconnus.

III. Le Sanatorium de Ventnor.

Depuis 25 ans, grâce à la charité privée, dans un climat qui rappelle les côtes provençales, l'île de Wight entretient un hôpital de phthisiques. Abritée contre les froids du Nord et réchauffée par le Gulf Stream, Ventnor, surnommée la Nice anglaise, se trouve à la pointe sud de l'île, et son climat en est si doux que les myrtes, les oliviers et les palmiers y poussent en pleine terre. La température moyenne des mois chauds est de 12°4 ; celle des mois froids de 5°8, et celle de l'année tout entière donne 9°8. Son atmosphère plutôt sèche qu'humide, sa végétation luxuriante, son sol accidenté, en un mot, sa situation exceptionnelle la firent, dès 1868, rechercher par le Dr Arthur Heill Hassall, et bientôt aidé, encouragé par la charité, il y fonda un hôpital pour les tuberculeux.

On sait combien la phthisie fait de ravages en Angleterre ; en 1889, la proportion des décès était de 1542 pour 1 million d'habitants. L'idée du Dr Heill Hassall fut la bienvenue, et son entreprise, d'abord modeste, prit bien vite une importance considérable, puisqu'aujourd'hui l'hôpital de Ventnor peut recevoir jusqu'à 140 malades.

Dix pavillons se partagent l'établissement ; et chacun d'eux, construit par un particulier qui lui a donné son nom, se compose de deux autres maisons contiguës qui contiennent ensemble douze à dix-huit malades. Chaque hospitalisé a sa chambre à coucher. C'est l'isolement, la séparation du voisin qui tousse, qui a des insomnies, mais ce n'est pas la séquestration, car le salon, la salle à manger sont communs, et les malades se retrouvent soit dans les jardins, soit dans une grande salle où sont donnés des concerts, des séances diverses destinées à distraire les pauvres malades.

Salles de bains, cabinets d'aisances, chauffage, ventilation assurée par la vapeur, rien n'y manque. — Les jardins surtout ont été si bien aménagés qu'il ne se passe guère de journées où les malades ne puissent s'y promener. Entourés de cottages, ayant vue sur la mer, et abrités des vents froids, ces jardins constituent pour les malades et les valétudinaires une ressource des p[...] précieuses.

Depuis sa fondation, l'hôpital a reçu 10,[...] phthisiques. — Au 1er janvier 1890, il y avait [...] traitement 132 malades ; 631 ont été admis p[...] dant l'année. — Sur ce chiffre 25 morts, 57 d[...] l'état avait empiré, 78 statu quo, 402 amélioratio[...] notables, et 77 très grande amélioration.

Ces résultats devraient encourager la Fran[...] nous dit l'auteur de cette étude, le Dr Billet, [...] Saint-Omer ; et non seulement l'installation des [...] natoria doit être regardée comme une nécessité [...] face du progrès de la tuberculose, mais l'établis[...] ment d'hôpitaux, aménagés comme celui de Ve[...] nor s'impose à notre sollicitude et à la cha[...] privée. Bien comprise, bien dirigée, la cha[...] devient un levier puissant, capable de contre-b[...] lancer le mouvement funeste de la dépopulati[...]

Dr Morice
(De Néris).

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat de la Loire-Inférieure.

Présidence de M. Porson, président.

Sont présents : MM. Porson, Destez, Patoure[...] Chachereau, Chantereau (de Saint-Etienne-d[...] Mont-Luc), Pérochaud, Grimaud, Perrion, O'N[...] Paillard, Blaizot.

M. le Président donne lecture d'une lettre [...] Conseil Général sur la suppression des Offici[...] de Santé, dont le sens général a été arrêté da[...] une réunion spéciale du Bureau conformémen[...] au vote émis dans la précédente séance.

M. Chantereau, Conseiller Général, a fait [...] mettre à demain la discussion du vœu que vise [...] lettre précédente, pour pouvoir venir s'inspir[...] des vues du Syndicat, dont il veut être le por[...] parole. Il ajoutera seulement aux moyens prop[...] sés pour augmenter le nombre des médecins da[...] nos campagnes, la création d'une Faculté de M[...] decine à Nantes.

Il essaiera de ne pas laisser dévier la discussi[...] sur les modifications à apporter à l'Officiat, terra[...] où croit-il, ses collègues sont disposés à se p[...] ter, après s'être montrés catégoriquement oppos[...] à la suppression de l'Officiat.

Si, malgré l'avis du Syndicat, la discussi[...] devait ainsi tourner, *M. le Président* invite M[...] *Chantereau* à soutenir l'avis exprimé par le Sy[...] dicat en 1888, et par le Bureau dans sa derni[...] réunion, à savoir, que les Officiers de Santé soie[...] tenus d'exercer dans les communes de moins [...] 3,000 habitants, cette mesure ne devant avoir a[...] cun effet rétroactif.

M. Perrion proteste contre cet avis.

SUBVENTION EN FAVEUR DE LA COMMISSION [...] L'ASSISTANCE PUBLIQUE

M. le Président donne lecture d'une lettre qu[...] a adressée à M. le Préfet, pour le prier d'obten[...] du Conseil Général le vote d'une somme de 4[...] francs, destinée à permettre de fonctionner à l[...] Commission d'étude de l'Assistance publique, ins[...] tituée par arrêté préfectoral du 20 mai 1889. Cet[...] Commission, composée en majorité de membre[...]

du Syndicat, avait dû, en effet, suspendre ses travaux, dans l'impossibilité où elle se trouvait, ne disposant d'aucun crédit, d'envoyer dans toutes les communes du département des questionuaires, des circulaires explicatives, etc.

Ces documents sont indispensables pour faire une étude approfondie de l'Assistance publique dans le département, et, ensuite, un projet complet de l'organisation de l'Assistance médicale et pharmaceutique des indigents.

M. le Président est heureux de constater qu'il a rencontré l'accueil le plus aimable et la plus grande bonne volonté de la part de M. le Préfet, lequel, dans la visite que lui fit le Bureau, lors de son arrivée, avait déjà témoigné de sa sollicitude pour l'Assistance Médicale dans les campagnes, qu'il avait réussi à organiser dans presque toutes les communes du département qu'il quittait.

M. Paillard, arrivant, annonce que le Conseil Général vient de voter la subvention de 400 francs, dont il vient d'être parlé.

Sur la proposition de *M. le Président*, des remerciements unanimes sont votés au Conseil Général.

Admissions. — Sont admis, à l'unanimité, membres du Syndicat : MM. Gouin et Mainguy (de Vieillevigne), Guiberteau (de Saint-Jean-de-Corcoué), Boutin (de Clisson), et Redureau (de Chantenay).

Livre noir. — *M. l'Encaisseur* du Syndicat, qui, comme on le sait, fournit un *Livre noir*, au prix de 5 francs, s'engage à le tenir au courant, moyennant 2 francs par an.

Syndicat des médecins de la Loire-Inférieure

Séance mensuelle du 27 novembre 1891.

Présidence de M. Porson, président.

Sont présents : MM. Porson, Patoureau, Luneau, Vince, Guyon, Saquet, Chachereau, Gaboriau, Joüon, Crimail, Blaizot.

M. le président fait l'exposition des travaux de la réunion annuelle de l'Union des syndicats médicaux de France, tenue à Paris le 22 novembre 1891, (Voir le *Concours médical* du 5 décembre 1891.) Les propositions formulées, il y a plus de dix ans, par le docteur Mignen, au sujet de l'*Assistance médicale dans les campagnes*, ont toutes été adoptées, avec d'insignifiantes modifications.

La Commission de la Chambre des députés chargée d'examiner le projet est, d'ailleurs, d'accord presque sur tous les points avec le docteur Mignen, et elle a, de plus, décidé d'entendre le Bureau de l'Union. Il est probable que la discussion de cette importante loi viendra à la Chambre aussitôt après celle du tarif de Douanes, revenue du Sénat.

Quant à la *Loi sur l'Exercice de la médecine*, son rapporteur au Sénat, a annoncé que son vote serait prochain et que la reconnaissance locale des syndicats médicaux pouvait être considérée comme votée déjà par le Sénat.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de dénonciation contre un confrère ne faisant pas partie du Syndicat, signée : « Un Nantais. »

M. le Président, d'accord avec le Bureau, ne donne pas lecture de cette lettre, qu'il considère comme nulle et non avenue, vu son anonymat ;

2° La carte du Président, les statuts et une lettre-circulaire (adressée à tous les journaux de médecine) de « l'Association syndicale professionnelle des Médecins de la Seine ».

M. Luneau annonce, à ce sujet, qu'il a reçu du Secrétaire de ce Syndicat une lettre le remerciant de l'envoi de notre Bulletin et très élogieuse pour notre Association ;

3° Le Bulletin du Syndicat des Pharmaciens de la Loire-Inférieure ;

4° Une lettre de M. le docteur Maréchal, président du Syndicat de Brest, demandant l'autorisation de faire imprimer 50 exemplaires de notre dernier Bulletin, pour le distribuer aux médecins du Finistère. La demande était trop flatteuse pour n'avoir pas été immédiatement accordée ;

5° Une lettre d'un confrère qui réclame le paiement de deux bons du Service de nuit périmés (Exercice 1890).

Sur la réclamation de M. le Président, il a été répondu que ces bons seraient payés sur le budget complémentaire, dans le courant de décembre 1891.

M. Crimail dit qu'il se trouve dans le même cas. Le Budget du service pour 1891 est épuisé, et tous les bons non payés ne pourront être payés qu'en *décembre* 1892 ;

5° Une lettre de M. le docteur Saquet, de Blain, annonçant qu'il vient s'établir à Nantes.

M. le Président lui souhaite la bienvenue au nom du Syndicat ;

7° Une lettre de M. Bichon (de Blain), disant qu'il n'accepte pas l'engagement trop élastique des pharmaciens de sa localité. M. Saquet, qui habitait alors encore Blain, ayant déjà fait une réponse identique. M. le Président a communiqué ces décisions à M. le Président du Syndicat des Pharmaciens de la Loire-Inférieure.

En terminant, M. le Président apprend à l'Assemblée qu'on a fait des démarches auprès de lui pour le prier d'accepter la présidence de l'Union des Syndicats. Il n'a pas cru devoir accepter cette lourde charge ; mais c'est là un honneur qui rejaillit tout entier sur l'Association syndicale de la Loire-Inférieure, et que, pour cette dernière raison, il n'a pas cru devoir laisser ignorer à ses confrères.

Avant que la séance ne soit levée, M. Chachereau demande qu'une active propagande soit faite en faveur de la Caisse de retraite du Corps médical français, institution si utile, si pratique et trop peu connue. Il est décidé que M Chachereau écrira au docteur Lande, son vice-président, pour lui demander un résumé *succinct* du fonctionnement de sa Caisse. Au besoin, M. Chachereau en rédigerait un lui-même, qui serait envoyé aux membres nouveaux, ainsi qu'aux internes des hôpitaux, à chaque nouvelle promotion.

La séance, ouverte à 8 h. 1/2, est levée à 9 h. 3/4.

Le Secrétaire des séances,

Dr Blaizot.

REPORTAGE MÉDICAL

Les universités provinciales.—Le conseil général du Rhône vient d'émettre le vœu qu'il ne soit créé en province qu'un petit nombre d'universités, et qu'une de ces universités ait son siège à Lyon.

— *L'exercice de la médecine sur la frontière franco-suisse.* — La convention conclue entre la France et la Suisse dans le but de régler l'admission réciproque, dans les communes frontières, des médecins, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires, est loin, paraît-il, de satisfaire les intéressés, côté français. Les sociétés médicales du Doubs et de la Haute-Savoie formulent leurs plaintes dans leurs bulletins, respectifs et nous devons reconnaître, si les faits avancés répondent à la réalité, que les médecins suisses n'ont qu'à se féliciter de cette malencontreuse convention.

Le nombre des médecins du canton de Genève, des villes et districts du canton de Vaud faisant face de l'autre côté du lac Léman aux communes savoisiennes et enfin du canton de Valais, tous compris dans la convention, s'élève, d'après le Dr Thourion, au nombre de 160 à 165 et plus, alors que du côté de la Haute-Savoie sur le territoire spécifié il n'y a que 18 ou 20 médecins français. On voit que la part est belle pour les praticiens suisses. La conséquence de ces faits, dit un autre confrère, le Dr C..., c'est que, depuis qu'il est question de cette réglementation, les médecins suisses ont pris pied chez nous, ils viennent à jour fixe de chaque semaine donner des consultations dans les villages voisins de la frontière et agrandissent ainsi leur clientèle aux dépens de celle des médecins français. Telle localité de la Suisse, qui avait de la peine autrefois à conserver un médecin auquel elle était obligée d'offrir une subvention en compte aujourd'hui deux. Par contre, le canton de Morez, qui en avait toujours eu deux, est maintenant pourvu d'un seul médecin qu'il faudra peut-être subventionner demain pour le retenir.

Faut-il pour cela annuler la convention précédente ? Nullement. Les médecins français sont les premiers à reconnaître qu'elle peut avoir ses avantages si elle est plus appropriée aux nécessités des deux pays. La société du Doubs précise en particulier quelques-unes des modifications à introduire, l'on doit reconnaître qu'elle est des plus modérées dans ses réclamations.

Il y a dans la réglementation adoptée plusieurs points qu'on a oublié de préciser. Il faudra remanier cette convention ; rien n'empêche d'y introduire celles de ces modifications qui sont destinées à prévenir certains abus.

(*Annales d'hygiène*).

— On lit dans le dernier compte rendu de la Société locale de la *Loire-Inférieure* :

1° La Société prend sous son patronage la propagande de M. le Dr Chachereau, en faveur de la *caisse des pensions de retraite du corps médical français* (adopté le même jour par l'*Association syndicale*).

2° La société locale de la Loire-Inférieure émet le vœu que l'*Association générale* prenne sous son patronage la *caisse des pensions de retraite du corps médical français*.

Avoir de la caisse des pensions au 21 février 1892 : 343,106 fr. 17.

A toucher d'ici le 15 mai : 15 à 20,000 fr.

NÉCROLOGIE

Tous nos lecteurs prendront part, avec nous, au cruel deuil qui vient de frapper un membre de notre Société, notre collaborateur le Dr *Barette*, professeur à l'Ecole de Caen. Madame Baret[te] vient d'être enlevée, à l'âge de 31 ans à peine, [à] l'affection des siens.

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs [du] décès de MM. les Drs Berneaudeaux, de Nantes (Loi[re-]Inférieure) ; Merle, de la Ferté-Alais (Seine-et-Oise) ; Blanchot, de Grandvelle (Haute-Garonne).

ADHÉSION A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

3694. — M. le Dr Méneau, de Bordeaux, présenté p[ar] M. le Dr Dupeux, de Bordeaux

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, rue Antoine-Dubois, 4

Libraire-éditeur du « **Concours médical** », [la] Société se charge de prendre tous les abonnemen[ts] pour le compte de ses clients, de donner gracieuse[-]ment tous renseignements sur devis d'impression [d']ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrag[es] anciens ou nouveaux, médecine, science, littératur[e,] voyages, etc., seront fournis aux membres du Co[n-]cours médical avec une réduction de 20 % sur [les] prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y [a] lieu, à la charge du destinataire.

La *Société d'Editions scientifiques*, établie sur [les] bases de la **Mutualité**, a pour principe de partager p[ar] moitié, entre les Auteurs et elle, *tout bénéfice* rés[ul-]tant de la vente des ouvrages.

Viennent de paraître :

La Skiascopie (kératoscopie), par le Dr G. Bitzos.
Prix : 4 francs, net 3 francs franco.

TABLE DES MATIÈRES

L'Objectif photographique, fabrication et essa[is] par M. Gaston-Henri Niewenglowski, vice-préside[nt] de la Société des Jeunes Amateurs photographes. Un volume broché, 2 francs.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St Andr[é].
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année **N° 11** 12 Mars 1892

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Méphitisme et intoxication puerpérale.

M. *Guéniot* a, dans la dernière séance de l'Académie, lu un travail qui se termine par les conclusions suivantes :

1° En viciant l'air des appartements, les émanations méphitiques deviennent une cause active d'accidents puerpéraux ;

2° L'intoxication méphitique pendant la grossesse s'effectue surtout par les voies respiratoires ; après l'accouchement, elle se produit plutôt par les surfaces saignantes au contact des liquides et des solides contaminés ;

3° La septicémie qui en résulte n'est pas de nature suppurative, son foyer principal réside dans la cavité même de l'utérus où, sans doute, à la faveur des produits du méphitisme, le vibrion septique paraît trouver des conditions propices à son développement ;

4° Pour réaliser, à cet égard, une bonne hygiène préventive, on doit s'efforcer de maintenir toujours pure l'atmosphère des appartements, en veillant en particulier à la propreté des cabinets d'aisances et de toilette, etc.

5° Enfin, dans le cas où ces pratiques auraient été omises, le traitement des septicémies de cette nature doit consister :

a. Dans la suppression immédiate et absolue des sources de méphitisme ;

b. Dans la purification aussi complète que possible de tout l'appartement ;

c. Dans l'emploi de la quinine, des alcools purs à haute dose et des antiseptiques sous toutes les formes, spécialement des solutions phéniquées en injections intra-utérines.

M. *Alph. Guérin* ne saurait admettre l'infection puerpérale par voie pulmonaire.

Pour admettre la possibilité de cette affection sans plaie, il faudrait des faits précis : or, toute accouchée a des plaies, ne fût-ce que la plaie placentaire. Comment admettre, après la célèbre expérience de Tyndall, cette infection d'origine pulmonaire, car on sait que le poumon est un filtre parfait. Un chirurgien a-t-il jamais vu, à l'époque où nos salles étaient infectées, un malade sans plaie prendre l'infection purulente ? Et qui, aujourd'hui, oserait encore soutenir l'existence de l'érysipèle de cause interne ? D'ailleurs, si M. Guéniot admet l'infection pulmonaire, pourquoi préconise-t-il les injections intra-utérines ? Ces injections ont eu d'excellents résultats dans les cas cités par M. Hervieux : c'est qu'elles ont agi sur le foyer infectieux. Et pourquoi les parents et domestiques de ces malades, vivant dans la même atmosphère, n'étaient-ils pas intoxiqués ? Le mauvais air est une cause favorisante, mais certainement pas une cause déterminante de la septicémie puerpérale.

M. *Guéniot* répond qu'il n'a pas voulu démontrer l'empoisonnement par voie pulmonaire ; il a dit, sans préciser quelle est la voie, que le méphitisme est une cause de septicité.

M. *A. Guérin* demande ce qu'il faut entendre par méphitisme ?

M. *Guéniot* nomme ainsi les émanations qui blessent l'odorat ; d'après les recherches de M. Miquel, l'air des égouts, celui des fosses d'aisances sont aseptiques. Chez les accouchées il faut des plaies, mais la voie pulmonaire agit concurremment à la voie génitale. Les objets de toilette, les instruments, les mains des gardes sont souillés par ces gaz méphitiques. En tout cas les malades n'ont pas suppuré.

Suivant M. *Charpentier*, il y a deux choses dans la communication de M. Guéniot : 1° Le méphitisme : tout le monde est d'accord, toute odeur à part, sur la nocivité d'un milieu septique. 2° Les voies d'introduction de l'infection. Or M. Guéniot lui-même a une confiance médiocre dans la voie pulmonaire. Pourquoi, dans ce cas, les femmes auraient-elles attendu l'accouchement pour devenir malades ? Ce sont des faits de septicémie puerpérale ordinaire, dus à la contamina-

tion par les instruments, les mains, les linges, etc. De là les bons effets des lavages intra-utérins, auxquels il vaut mieux préférer le curage.

Pityriasis versicolore (pathogénie et traitement).

MM. de *Molènes et Costilhes* (*Archives générales de médecine*, octobre 1891) ont cherché à mettre en lumière la pathogénie de cette affection, dit M. Barbe, qui analyse leur travail dans la *France médicale*. Comme ils le disent eux-mêmes, ils n'ont point l'intention de nier le rôle joué par le microsporon furfur d'Eichstedt ou de Robin, ni la nature contagieuse du pityriasis versicolore. Certes, il existe des cas bien authentiques de contagion, mais il sont rares, relativement à la fréquence de cette maladie. Kaposi va même jusqu'à nier la contagion ; voici ce que dit le professeur Hardy en parlant de cette dermatose : « La faculté contagieuse doit être faible et demande des *conditions spéciales* pour se manifester, car il n'est pas rare de voir des individus, atteints de pityriasis versicolore intense, vivre dans une cohabitation habituelle avec d'autres personnes qui demeurent complétement indemnes de toutes lésions cutanées. »

Les auteurs ont donc cherché à élucider ces conditions spéciales. Depuis longtemps déjà on avait remarqué la fréquence du pityriasis versicolore chez les tuberculeux ; mais combien de tuberculeux n'ont pas de pityriasis et que de malades atteints de pityriasis ne sont pas tuberculeux. D'autre part, M. Bouchard fait observer que les deux tiers des tuberculeux ont de la dilatation de l'estomac. Les auteurs en concluent : « Qui dit pityriasis versicolore dit estomac ou intestin. »

Pour soutenir cette thèse, ils s'appuient sur six observations où les malades qui présentaient du pityriasis versicolore étaient atteints de dilatation de l'estomac ; l'un deux était même à la fois tuberculeux et dyspeptique.

De plus, ces six sujets avaient de la séborrhée d'une façon plus ou moins intense. Or, l'élaboration défectueuse des matières alimentaires dans le tube digestif produit à la longue un trouble dans la sécrétion des glandes sébacées et sudoripares ; il en résulte à la surface cutanée un milieu gras, acide, éminemment favorable à la germination de parasites. De ces considérations sur la pathogénie de cette affection, les auteurs concluent qu'il ne suffit pas d'appliquer un traitement local ; sinon, on risquerait le plus souvent de voir la maladie se reproduire, mais qu'il faut aussi modifier le terrain sur lequel peut germer le microsporon. Le traitement interne consistera à combattre les causes de la dyspepsie et de la dilatation stomacale, à lutter contre la constipation, si fréquente chez les gens dont les fonctions stomacales s'exécutent mal. Outre les médicaments usuels propres à vaincre la constipation, aidés de l'hydrothérapie, de l'exercice, du massage, les auteurs conseillent l'emploi du naphtol ou du salol ainsi formulés :

Bicarbonate de soude......	ââ 10 gr.
Naphtol ou salol..........	
Magnésie calcinée.........	

Pour 30 cachets médicamenteux ; un avant chaque repas. Afin d'empêcher toute réinfection, il sera bon de faire désinfecter le linge de corps du malade et surtout les vêtements de flanelle. Le traitement local consistera, comme tout le monde le sait, à faire tomber les couches épidermiques qui contiennent le parasite à l'aide de badigeonnages à la teinture d'iode ou de frictions faites le soir ou le matin avec de l'eau chaude et du savon noir.

Un cas de pleurésie déterminée par le bacille de la fièvre typhoïde.

M. *Kelsch* (du Val-de-Grâce) a communiqué l'observation d'un malade atteint de pleurésie hémorrhagique due au bacille d'Eberth. Il s'agit d'un homme de 22 ans qui entrait à l'hôpital pour une pleurésie gauche. Le liquide extrait par ponction révéla la présence d'un microorganisme unique ayant tous les caractères du bacille d'Eberth, et donnant, par inoculation, à des cobayes une pleurésie analogue à celle du malade.

Plus tard le liquide devint purulent ; on pratiqua l'empyème, et le pus ne contenait que ce même bacille d'Eberth. Quelque temps après, le malade mourait tuberculeux et l'autopsie ne révélait aucune lésion de la fièvre typhoïde.

Ce fait et d'autres analogues publiés par MM. Rendu, Fernet, Charrin et Roger prouvent que les fièvres typhoïdes à début pleural que montre la clinique peuvent être directement suscitées par le bacille typhique, qu'elles ne correspondent pas toujours à des infections secondaires précoces. Sans doute, chez ce malade, le liquide contenait du virus tuberculeux, mais le bacille d'Eberth y a été l'agent efficient de la pleurésie, puisque celle-ci a été réalisée expérimentalement par l'injection de ses cultures pures.

L'absence des lésions habituelles de la fièvre typhoïde dans ce cas prouve encore que le bacille typhique a engendré une pleurite comme l'eût fait un vulgaire agent phlogogène. Dans ces conditions, on peut se demander si le bacille typhique n'est pas apte à faire naître les processus les plus divers, ce qui nous conduirait à nier la distinction spécifique de ces processus et nous ramènerait aux doctrines médicales en vogue il y a plus d'un siècle (1).

Tension artérielle et sécrétion urinaire dans la sciatique (2).

M. *H. Huchard* rappelle que MM. Debove et Rémond (de Metz) ont regardé la polyurie comme assez fréquente dans la sciatique, et ils l'ont attribuée à l'augmentation de la tension artérielle produite par l'excitation douloureuse du nerf. Car, d'après ces auteurs, cette polyurie accompagne souvent les accès de névralgie sciatique et disparaît avec eux.

M. Huchard est arrivé à des conclusions tout opposées. Il a observé trois fois la polyurie, mais chez des malades atteints de goutte ou encore d'un début de sclérose rénale, de sorte qu'ils étaient polyuriques en raison de ces deux dernières affections et nullement sous l'influence de la sciatique. Au contraire, chez tous les autres malades, il a constaté plutôt de l'*oligurie*, la sécrétion urinaire ne dépassant pas parfois le chiffre de 600 à 900 gr. au plus fort des accès douloureux. Enfin, il n'a jamais trouvé la tension

(1) Académie de médecine.
(2) Société des hôpitaux.

artérielle augmentée par la sciatique. Par conséquent, il faut se ranger à l'opinion de Lépine qui a publié dès 1880 une observation de polyurie dans la sciatique, tout en regardant cette complication comme très rare ; et à celle de son élève, M. Hugonnard, qui, la même année, est arrivé aux conclusions suivantes après des expériences nombreuses faites sur les animaux :

1° Les excitations *moyennes* ou *fortes* du sciatique diminuent considérablement et même arrêtent la sécrétion urinaire ;

2° Les excitations *légères* du même nerf l'augmentent. A ce sujet, M. Huchard fait remarquer que ses observations cliniques concordent absolument avec les résultats des expériences physiologiques.

Délire sensoriel : terreur des petits bruits.

M. *Juhel-Renoy* a rapporté un cas de délire sensoriel qu'il a observé chez un homme de 60 ans, ancien officier, fort intelligent, mais ayant des conceptions délirantes au sujet de certains phénomènes de l'ouïe. Il n'est pas incommodé par les bruits intenses, tels que ceux d'une bataille, d'une gare de chemin de fer, mais il passe sa vie à recueillir les bruits légers, tels que le claquement de la langue contre le palais, un léger sifflement, les bruits lointains de la campagne, etc. Il collectionne ces bruits, passe son temps à les recherches et à les analyser. Cette obsession lui rend la vie absolument insupportable. Cet homme ne présente aucun autre phénomène névropathique, son intelligence est conservée, il se rend parfaitement compte de son état et reconnaît qu'aucune thérapeutique n'est capable de le guérir.

M. *Luys*. Il s'agit d'un cas d'hyperacousie avec illusions de l'ouïe, d'autant plus intéressant que l'intelligence est conservée. On améliore beaucoup, en leur apposant une couronne aimantée, les malades présentant des troubles psychiques analogues.

M. *Voisin*. Ce malade est un dégénéré supérieur, qui a de véritables obsessions, à propos des petits bruits qu'il entend.

M. *Raymond*. Il s'agit d'un déséquilibré avec hyperexcitabilité de son centre auditif. L'obsession, l'anxiété, que lui causent les bruits qu'il entend, montrent bien qu'il s'agit d'un dégénéré.

TRAVAUX ORIGINAUX

Valeur restreinte et inconvénients possibles du chimisme stomacal envisagé au point de vue pratique (1).

Sans offenser des collègues respectés ou aimés, dont je suis les recherches avec le plus vif désir de m'instruire, je crois pouvoir me faire l'écho de nombreux médecins en essayant de prouver que le « chimisme stomacal », pour employer l'expression consacrée, n'a, au point de vue pratique, qu'une valeur restreinte, et que, en outre, il peut avoir plus d'un inconvénient pour les malades.

Les troubles digestifs sont si fréquents, si difficiles à interpréter et à soigner, que le public médical accueillit d'abord avec faveur des méthodes d'exploration qui paraissaient promettre d'en faciliter le diagnostic et le traitement. La recherche de la nature des acides prédominant dans le suc gastrique au moyen des réactifs colorants, le dosage de l'acidité totale au moyen de solutions alcalines titrées, parurent réalisables aux médecins, n'exigeant pas qu'ils fussent des chimistes. Mais, au fur et à mesure que la question fut plus étudiée, son excessive complexité se révéla d'une façon de plus en plus décourageante. Aujourd'hui, les méthodes préconisées par nos savants collègues, pour l'estimation des divers facteurs de l'acidité, le dosage du chlore total, de l'acide chlorhydrique libre et combiné, la détermination du processus peptique, apparaissent de toute évidence impraticables à l'immense majorité des médecins. Elles réclament l'habitude des manipulations chimiques, puisque, même exécutées par ceux de nos collègues qui s'en déclarent partisans, elles ne les conduisent pas toujours à des conclusions identiques. Cependant, nos collègues ont commencé à en dégager des lois applicables à la clinique et à constituer des types pathologiques avec conclusions thérapeutiques corrélatives. Et c'est ici, à mon humble avis, que le danger commence.

Quand les méthodes préconisées étaient simples, on pouvait espérer, en les appliquant soi-même, arriver à se faire une opinion personnelle dans chaque cas donné et s'en éclairer pour le diagnostic et le traitement. Maintenant qu'on se sent dans l'impossibilité de les appliquer à cause de leur difficulté technique, on n'a que deux partis à prendre : ou n'en pas tenir compte — et cela est difficile, étant donnée la haute situation scientifique et professionnelle de leurs promoteurs — ou s'efforcer de rattacher chaque cas donné de la pratique à un des types chimiques établis par nos collègues. Or, pour ce faire, on ne peut se baser que sur les symptômes éprouvés par le malade ou les autres signes non chimiques que peut relever chez lui la technique séméiotique courante, pour lui appliquer aveuglément les indications thérapeutiques qui en découlent. Le commun des hommes, même parmi les médecins, est en général simpliste ; si on n'y prend garde, les praticiens réduiront promptement les équations trop compliquées des mémoires de nos collègues aux deux seuls termes simples auxquels elles aboutissent d'ailleurs : hyperacidité par hyperchlorhydrie appelle bicarbonate de soude à hautes doses — hypochlorhydrie appelle HCl ; et comme, dans les travaux auxquels je fais allusion, il est rarement question de ce qui constituait jusqu'à ce jour le véritable traitement des dyspepsies, c'est-à-dire la réglementation minutieuse et appropriée à chaque cas particulier du régime alimentaire, le traitement de la cause morbifique plus générale, génératrice de la dyspepsie, n'est-il pas à craindre que les médecins ne négligent de plus en plus cette face de la thérapeutique des dyspepsies?

Ce qui ne contribue pas peu à nous décourager de suivre ceux de nos confrères qui se sont engagés dans l'étude du chimisme stomacal, c'est qu'il y a des divergences et même des contradictions dans leurs affirmations au sujet du rapport entre les symptômes observés chez le malade et les signes tirés du chimisme.

Ainsi, pour ne citer que quelques exemples, MM. Bouveret et Devic ont, après Reichmann,

(1) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.

attribué une importance toute spéciale à l'hypersécrétion avec ou sans hyperchlorhydrie.

M. Mathieu attache bien aussi de l'importance à l'hyperchlorhydrie ; quant à l'hypochlorhydrie, elle lui paraît presque négligeable. Il incline à croire que la persistance de la contractilité gastrique est la grosse affaire, puisque le chien de Czerny digérait sans estomac.

M. Hayem, qui a fouillé plus avant que personne les arcanes des processus chimiques de la digestion, paraît tenir moins de compte de l'hyper ou de l'hypochlorhydrie que de l'hyperpepsie et de l'hypopepsie ; il a constaté qu'il peut y avoir hypopepsie malgré l'hyperchlorhydrie, tandis que beaucoup d'Allemands considèrent la richesse chlorhydrique comme un signe de peptonisation rapide et facile.

M. Mathieu, MM. Bouveret et Devic pensent que l'ectasie gastrique est la règle en cas d'hypersécrétion chlorhydrique, opinion malaisée à concilier avec celle de M. Marfan, qui disait, en 1890, dans un travail sur l'hyperchlorhydrie (*Gaz. hebd.*, nº 33), n'avoir jamais constaté la dilatation stomacale que chez un seul hyperchlorhydrique.

On nous dit que l'hyperchlorhydrie engendre l'ectasie gastrique parce qu'elle provoque un spasme du muscle pylorique ; mais pourquoi ne produit-elle pas aussi le spasme de la tunique musculeuse de l'estomac ? S'il y a spasme du pylore, comment expliquer ce reflux de bile dans l'estomac qui colore en vert les vomissements des hypersécréteurs de Reichmann ?

La vivacité des douleurs gastriques est, nous dit-on, la conséquence de l'hyperchlorhydrie ; et cependant j'ai observé plus d'un cas où l'administration de hautes doses de bicarbonate de soude ne calmait pas la crise douloureuse. J'ai donné jusqu'à 25 gr. de ce médicament à des névropathes gastralgiques sans réussir à faire cesser leurs douleurs ; l'eau chloroformée, la morphine seules les supprimaient.

On a dit que les crises gastriques du tabes étaient en rapport avec une hyperchlorhydrie momentanée. Chez un tabétique, qui a des crises gastriques depuis trois ans, plusieurs fois par an, j'ai donné à plusieurs reprises le bicarbonate de soude à 30 gr. par jour sans amener la fin de la crise.

Inversement, je puis citer un fait qui me paraît prouver que la présence d'un grand excès d'HCl dans l'estomac ne suffit pas à provoquer les vives douleurs qu'on attribue à l'hyperchlorhydrie. M. V. Frémont a fait l'expérience suivante : il a mis dans 120 gr. d'eau une quantité d'HCl répondant à 18 gr. d'HCl pur ; il a absorbé cette solution vers la fin de son déjeuner ; l'ingestion n'a été suivie d'aucune sensation pénible ; il n'a ressenti qu'une saveur un peu âcre. Pendant quatre heures, sa digestion s'est faite sans aucun malaise ; à ce moment, il est bien survenu une sensation de pyrosis, de brûlure à l'estomac, mais un grand verre d'eau de Vichy, additionné de 3 grammes environ de bicarbonate de soude, a suffi à la faire disparaître immédiatement.

Une de mes malades, dilatée avec flatulence, sans douleur gastrique, à laquelle j'avais prescrit de la limonade chlorhydrique, s'en était bien trouvée ; elle prend sur elle d'en conseiller l'usage à son mari qui, lui, avait de fréquentes crises gastralgiques, suivies de vomissements ; apprenant d'elle ce prosélytisme intempestif, je m'apprête à l'en blâmer quand son mari s'empresse d'ajouter qu'il est enchanté de ce médicament, grâce auquel ses douleurs gastriques ont beaucoup diminué. Malgré sa gastralgie et son intolérance gastrique, il est peu vraisemblable que ce dyspeptique, soulagé par l'acide chlorhydrique, fût hyperchlorhydrique.

Les partisans du diagnostic des maladies de l'estomac par l'analyse chimique du contenu gastrique me répondront que je leur fournis des armes contre moi, que nul des symptômes éprouvés par les malades ne suffit à nous renseigner sur la cause de leur mal et le moyen d'y remédier, que seule l'étude du chimisme nous en donne le moyen — le chimisme, c'est-à-dire l'extraction du contenu gastrique au moyen de la sonde après repas d'épreuve.

Sur ces deux points, je ne suis pas encore convaincu de l'excellence des méthodes nouvelles et de leur innocuité. Je reconnais volontiers que l'introduction accidentelle d'une sonde demi-molle dans l'estomac, pour extraire le contenu gastrique, est dans beaucoup de cas sans inconvénient, du moins immédiat, et il me semble légitime d'y recourir si on pense pouvoir éclairer ainsi un diagnostic difficile.

Je m'empresse d'ajouter que dans certaines circonstances déterminées on peut rendre un très grand service à des malades en évacuant de temps en temps, avec la sonde, des résidus stagnants et putrides pour laver ensuite la muqueuse. Mais je crois aussi qu'il y a bon nombre de gastropathes pour qui cette opération fréquemment exécutée n'est pas inoffensive, et, en fait, j'ai vu des malades qui ont eu leur première hématémèse après des lavages intempestifs ou trop renouvelés.

Si l'hyperchlorhydrie est vraiment fréquente et si, comme on le dit, la muqueuse des hypersécréteurs hyperchlorhydriques, constamment congestionnée, saignant facilement, est exposée à s'ulcérer au moindre traumatisme, est-il logique d'admettre qu'il soit indifférent de faire subir à cette muqueuse en imminence permanente d'hémorragie, le contact réitéré d'une sonde, même assez molle ? Parmi les cinq cas d'ulcère gastrique que j'ai dans ma statistique, deux se sont déclarés à la fin, ou très peu après la fin d'une cure thermale dont le lavage avait été le principal agent ; l'un deux avait été lavé quatre-vingt-dix fois en six semaines. M. Bouveret nous dit que des hémorragies stomacales se sont produites, cinq fois sur dix, chez les malades dont les observations ont servi de base à son remarquable mémoire sur l'hypersécrétion gastrique. Or, chez ces malades, rien que pour leur donner le repas d'épreuve, l'estomac devant être lavé complétement, il faut quelquefois, dit M. Bouveret, faire passer jusqu'à 20 litres de liquide. Il me paraît difficile d'arriver à guérir ces estomacs ectasiés en les distendant ainsi systématiquement ; et en fait nous ne voyons pas que la guérison soit obtenue. Un malade de d'Honnigmann, qui a subi plus de 1200 lavages, était souvent amélioré, mais jamais guéri. Aucun des malades de M. Bouveret n'était réellement guéri.

Le raisonnement en vertu duquel on entreprend de juger la puissance digestive d'un estomac après un des repas d'épreuve dont on nous a indiqué la composition, ne m'apparaît pas vic-

torieux. Le repas d'épreuve est toujours fort différent de l'alimentation habituelle. Celui d'Ewald, par exemple, qu'emploient MM. Hayem et Winter (60 gr. de pain rassis et 250 gr. de thé non sucré), est aussi éloigné que possible des menus ordinaires de toutes les classes sociales. Tout le monde acceptant que le système nerveux a une influence considérable sur l'abondance et la composition du suc gastrique sécrété, j'ai peine à croire qu'on puisse porter un jugement sur la manière dont réagit la muqueuse gastrique en face d'aliments variés et sapides, d'après la teneur de la sécrétion provoquée par du pain et du thé sans sucre.

Tant de circonstances, d'ailleurs, font varier les conditions de ce problème; si j'en juge par une communication encore inédite de M. le Dr V. Frémont ! M. Frémont a modifié le repas d'épreuve, il pense que la teneur du pain en sel, assez variable suivant les boulangers, peut avoir une certaine influence sur le dosage du chlore total ; il donne un repas composé de 40 grammes de pain sans sel, de 20 gram. de blanc d'œuf et de 250 grammes d'eau distillée. Or, d'ingénieuses expériences. qu'il a instituées dans le laboratoire de M. Bouchard, montrent bien l'importance qu'exerce un exercice quelconque, physique ou intellectuel, sur la marche du processus digestif, même chez l'homme sain — suivant que le sujet, après avoir ingéré le repas d'épreuve, reste au lit, ou marche lentement, ou fait vingt minutes de vélocipède et quarante minutes de causerie.

En résumé, sans vouloir préjuger ce que l'avenir réserve de découvertes importantes à réaliser dans la chimie des actes digestifs, on peut dire que la question n'est pas encore sortie de la période des tâtonnements ; le chimisme stomacal peut quelquefois venir en aide à la pratique, il ne peut prétendre encore la régenter.

Le livre sur le chimisme stomacal, où se trouvent consignés les résultats des infatigables recherches de MM. Hayem et Winter, se termine par cette conclusion : « *Tout* médecin, en cas de dyspepsie, *devra* s'enquérir de la constitution du suc gastrique, de même qu'il pratique l'auscultation et la percussion lorsqu'il s'agit d'une affection thoracique. » — L'heure a-t-elle sonné de s'incliner devant cet impératif catégorique, quand il est aisé de constater que beaucoup de jeunes médecins commencent à ne plus savoir ausculter et percuter ?

C'est une question de discipline professionnelle qui vaut la peine qu'on la pose.

P. Le Gendre,

VOIES URINAIRES

L'Hydronéphrose intermittente,

Par MM. F. Terrier et Marcel Baudouin.

La nature de l'hydronéphrose semble avoir été mal interprétée jusqu'à aujourd'hui. Le type classique de cette affection correspond en effet, à l'heure actuelle même, à la forme clinique qu'on doit appeler, avec MM. Terrier et Baudouin, l'hydronéphrose *fermée*. Or, ces auteurs viennent de démontrer, dans un important mémoire, qu'en réalité l'hydronéphrose est, anatomiquement parlant, une poche à ses débuts *ouverte* : d'où la possibilité de fréquentes échappées d'urine, d'évacuations répétées, totales ou partielles, du contenu du bassinet, et la nécessité d'admettre une variété symptomatique très différente du type classique : l'hydronéphrose *intermittente*.

Qu'on emploie, pour désigner cette dilatation passagère du réservoir situé dans le hile du rein, le terme d'hydronéphrose ou celui de *rétention rénale aseptique*, qu'a proposé récemment M. le Pr Guyon, cet état pathologique ne constituera jamais une maladie spéciale : c'est une lésion qui ne peut être que la conséquence d'affections diverses, siégeant sur les voies d'excrétion de l'urine. Mais, au lit du malade, cet état n'en correspond pas moins à un tableau clinique dont les caractères très tranchés sont presque toujours les mêmes, dont l'ensemble est frappant par sa netteté et sa régularité. Le voici en quelques mots.

En général, c'est d'une femme qu'il s'agit. Depuis plusieurs années elle présente des crises douloureuses du côté de l'abdomen. A un moment donné, au début de ces accès, elle constate l'apparition d'une tumeur dans la région rénale correspondante. Puis cette tumeur disparaît en totalité, plus ou moins brusquement, et les douleurs cessent complètement. Il survient ordinairement une débâcle d'urine plus ou moins abondante. Au bout de quelques semaines, parfois de plusieurs mois, les douleurs reparaissent et la tumeur se montre à nouveau pour s'évanouir bientôt. Ainsi de suite, et tout ceci se passe avec une certaine périodicité — ce qui fit jadis appeler cette affection *ischurie lunatique* — jusqu'au moment où la tumeur devient persistante. C'est là l'hydronéphrose intermittente typique.

C'est parce que l'on a trop oublié jusqu'ici la possibilité anatomique de ces curieuses échappées d'urine, que l'on a considéré longtemps cette forme d'hydronéphrose comme une exception ; mais c'est aussi parce que, jusque dans ces dernières années, on a ignoré la grande facilité de pénétration des germes infectieux dans les voies urinaires que l'on n'a pas compris le mécanisme de la transformation des hydronéphroses pures, aseptiques — rares d'ailleurs en cet état — en hydronéphroses infectées ou pyonéphroses. Tels sont les deux points principaux que dans leurs articles de la *Revue de Chirurgie* MM. Terrier et Baudouin se sont efforcés de mettre en relief.

En outre, ils ont voulu écrire l'histoire complète de la variété d'hydronéphrose connue depuis Cole, 1874, sous le nom d'hydronéphrose intermittente ; car cette variété n'avait pas encore été l'objet, dans notre pays, du plus petit mémoire. Et leur travail, basé sur l'étude de 70 cas, dont plusieurs sont inédits (ils en ont ajouté depuis, dans leurs tableaux synoptiques, une douzaine qu'ils n'ont pas pu utiliser) montre clairement que sous peu cette forme clinique, considérée à l'heure actuelle comme assez rare, va devenir le type classique de l'hydronéphrose d'observation courante.

L'hydronéphrose intermittente, qui doit être fort souvent le premier stade de l'hydronéphrose fermée et qu'il ne faut pas confondre avec les hydronéphroses *mobiles* (*Wander-hydronephrose* des Allemands (1), a été observée pour la première fois par Tulpius en 1672, à ce qu'il semble du moins. Son amusante observation est à lire : les auteurs en ont publié la traduction complète. Mais ce n'est guère qu'à partir de 1855 qu'on ren-

contre cette affection consignée dans les journaux médicaux. Nous ne pouvons citer ici que les cas remarquables de Hare (1857), Hillier Thompson, Wilse (1873), Cole (1874), Morris (1876), Eger(1876), etc., sans compter ceux publiés par L. Landau et Neumann, les véritables pères en Allemagne (1888) et en Amérique (1888) de l'hydronéphrose intermittente, dont l'étude n'avait été qu'ébauchée par H. Morris en Angleterre (1876).

Cette variété clinique reconnaît pour cause, dans la très grande majorité des cas, une affection assez commune, *les déplacements rénaux*. Elle s'observe alors chez la femme plutôt que chez l'homme et siége — chose bizarre — surtout à *droite* dans le sexe féminin, surtout à *gauche* dans le sexe masculin. Dans le *rein mobile*, elle se produit par le mécanisme suivant, deviné par Landau et Neumann, mais bien mis en lumière par l'expérimentation et l'anatomie pathologique (Terrier et Baudouin): *coudure* avec ou sans torsion *de l'uretère* lors du déplacement rénal ; arrêt momentané dans l'évacuation des urines et développement progressif d'une poche hydronéphrotique ; irritation pyélique par gêne circulatoire ou infection de la muqueuse du bassinet ; adhérences fibreuses unissant le sac à la partie supérieure de l'uretère et pouvant amener à la longue la transformation de l'hydronéphrose intermittente en hydronéphrose fermée.

D'autres lésions peuvent causer l'hydronéphrose intermittente ; mais ces faits sont réellement exceptionnels. C'est ainsi qu'on a pu accuser un calcul du bassinet (Rockwel), dans un seul cas seulement, il est vrai ; une oblitération temporaire de l'extrémité inférieure de l'uretère par un néoplasme vésical (Morris, Guillet), par un cancer du col de l'utérus (Hartmann). Dans quelques cas l'affection était congénitale et due à une cause encore indéterminée. Enfin, dans un certain nombre de cas, aucune cause n'a pu être mise en avant, les observations ayant été incomplètement prises ou étant dépourvues de contrôle nécropsique.

Les alternatives de remplissage et d'évacuation du bassinet, consécutives à l'oblitération passagère de l'uretère, se traduisent cliniquement par de véritables *accès douloureux*, presque caractéristiques. Ils surviennent au cours d'une santé plus ou moins altérée, tous les mois ou à peu près ; très fréquemment la malade souffre depuis longtemps d'un rein mobile.

Ces accès, qui présentent trois phases (période de début, période d'acmé, phase terminale), sont constitués par des *douleurs* extrêmement intenses, quelquefois absolument intolérables, coïncidant avec l'apparition d'une *tumeur* liquide, rarement fluctuante, siégeant le plus souvent dans le flanc droit, et une notable diminution dans la quantité d'urine rendue. Ce sont là les conséquences de la coudure brusque de l'uretère à la suite d'un certain déplacement du rein mobile ; ou du moins tout porte à croire que les choses doivent se passer ainsi. Chaque crise dure quelques heures, parfois plus longtemps. Puis, subitement, elle cesse comme par enchantement : on dirait que le rein reprend sa place et

(1) Sous ce nom on désigne en Allemagne certaines hydronéphroses formant des tumeurs liquides *mobilisables*, qu'on peut faire mouvoir dans l'abdomen avec une facilité extraordinaire et qui simulent à s'y méprendre les kystes de l'ovaire.

que la coudure disparaît. En fait, la tumeur s'é-vanouit, les douleurs cessent et il se produit u émission assez considérable d'urine : le bassi s'est vidé.

D'après MM. Terrier et Baudouin — car c'est une opinion qui leur est absolument personnell quoiqu'elle ait été mise récemment en avant p Zawicza, mais d'une façon trop vague, — les *c ses d'étranglement aigu des reins mobiles* seraient autre chose que de petits accès doulo reux survenant au cours d'une hydronéphro intermittente au début, conséquence des dépla ments incessants des reins. Et tout porte à cr re que cette théorie, qui s'appuie sur les ex riences de M. le professeur Sinitzine (Mosco est la bonne. Le temps seul pourra montrer les auteurs se sont trompés.

Dans quelques cas, les accès d'hydronéphro intermittente sont moins nets, frustes en quelq sorte ; d'autres fois l'affection revêt une for clinique qui lui a fait donner le nom d'hydron phrose à évacuation brusque ; mais nous ne pou vons, dans cette courte revue, insister sur c faits.

L'hydronéphrose peut rester ainsi fort lon temps intermittente, s'aggravant ou non so l'influence des grossesses (voir à ce point de v le cas d'Eger), présentant tantôt une prédom nance des symptômes douloureux sur les sym tômes objectifs et réciproquement. Mais bient *elle s'infecte* par un mécanisme quelconque (i fection centrale ou infection ascendante) ; l urines deviennent purulentes, soit seulement a moment des crises (uretéro-pyélite des crise soit d'une façon définitive (*pyonéphrose* à for intermittente), et on a à redouter alors tous l accidents d'infection connus des voies urinair supérieures.

Tant qu'il n'y a que des crises douloureuse on peut tenter de les calmer par les moyens mé dicaux, puisqu'en somme elles reviennent à ass longs intervalles. Toutefois, il faut dès cette époqu s'efforcer d'en trouver la cause, ce qui n'est p toujours facile. Si, en effet, le diagnostic de l'hy dronéphrose intermittente est aisé dans les cas ty pes, la recherche de la lésion qui lui a donné nai sance est souvent hérissée de difficultés. On s'e convaincra en parcourant les observations où il y a eu erreur de diagnostic ou qui ont trait à de lésions dont la nature avait échappé jusqu'ici.

Si l'on constate de la *mobilité rénale*, la pre mière chose à faire sera évidemment la néphro pexie, pour arrêter l'évolution des accidents ; s au contraire une autre lésion doit être accusée on s'adressera, au début, aux moyens que les classiques recommandent pour la combattre.

Mais, dès que la tumeur hydronéphrotique s'est montrée et progresse, il faut interveni d'une façon radicale, car, alors même qu'il s'agi de rein mobile, la néphropexie peut ne pas être suffisante à cette époque.

D'après MM. Terrier et Baudouin, on rejette les ponctions comme moyen curatif. Si les lésions sont doubles, on fera, à la dernière extrémité, du côté le plus atteint, une *fistule du bassinet*. Dans les autres cas, l'autre rein ayant été reconnu ab solument sain, on recourra de suite à la *néphrec tomie*. Si l'on procédait autrement, au dire de ces auteurs, et se contentait de la simple fistulisa tion de la poche, on serait obligé ultérieurement de faire une seconde opération, une néphrecto-

mie secondaire : ce qui compliquerait inutilement les choses. La néphrectomie sera lombaire quand l'hydronéphrose sera petite, le rein à peine altéré, c'est-à-dire dans la grande majorité des cas ; on la fera par la voie péritonéale dans les cas de poche énorme ou si l'on a absolument besoin de contrôler, *de visu*, avant d'intervenir d'une façon active, l'état de l'autre rein.

Dr Delefosse.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires.*)

QUESTIONS SCOLAIRES

Faut-il supprimer la thèse pour le doctorat en médecine ? (1)

Notre confrère du *Nouveau Montpellier Médical* propose de rendre facultative la thèse de doctorat en médecine. D'après lui, « c'est une formalité scolaire inutile »... « La thèse mauvaise ou nulle est la règle ; la thèse bonne, l'exception. On ne peut espérer modifier cet état de choses à force de sévérité : mais on peut, dit-il, supprimer les mauvaises thèses en ne rendant la thèse obligatoire que pour les candidats à l'enseignement. »

Nul doute que cette proposition soit bien accueillie par un certain nombre d'élèves. Il est incontestable que la thèse grève le budget du jeune docteur. Est-ce une raison suffisante pour en supprimer l'obligation ? Nous ne le pensons pas et nous estimons que la thèse est utile au candidat.

Tout d'abord, il n'est pas rigoureusement exact que les thèses soient pour la plupart mauvaises ou nulles. C'est précisément le contraire qui est la vérité, au moins pour notre Faculté. Je dirai même que c'est à peine si sur cent il y en a trois « véritablement très médiocres ». A ce que nous croyons, les élèves ne considèrent pas la thèse comme une pure formalité ; ils se préoccupent beaucoup du choix d'un sujet et cherchent non un sujet facile et tout fait, mais un sujet à faire. Je n'ai jamais vu, — la jeunesse souvent ne doute de rien, — un candidat trouver un sujet trop nouveau, et partant trop difficile. Les jeunes gens ont plus d'amour-propre que ne le suppose le *Montpellier Médical* et ils cherchent surtout à bien faire. Ils font un effort, et c'est à cause de cet effort que la confection de la thèse leur est utile. Ce n'est plus un exercice de mémoire comme la préparation de certains examens, mais une œuvre personnelle. A cet égard, il n'y a aucune analogie entre les thèses pour la licence en droit, avec lesquelles on voudrait les comparer.

J'insiste sur la réalité de cet effort des candidats, parce que je l'ai maintes fois constaté et il suffit d'avoir assisté à quelques soutenances de thèses pour en être convaincu : à la façon dont ils se défendent, ils n'est pas douteux qu'ils soutiennent leurs propres idées. Est-ce inutile d'avoir fourni à un jeune homme l'occasion de se faire sur quelque chose une conviction ?

D'après le *Montpellier Médical*, il ne faudrait laisser subsister que les thèses tout à fait originales des candidats à l'enseignement. C'est là un point de vue trop exclusif. Une *thèse* n'est pas nécessairement un *mémoire*. Assurément je ne conteste point que les meilleures thèses soient celles qui exposent une recherche originale, mais une thèse où est relatée une ou plusieurs bonnes observations cliniques, avec un simple commentaire, n'est pas à dédaigner. Elle ne révolutionne pas la science, cela est vrai. Mais, est-ce le but d'une thèse ? Selon moi, elle est surtout un acte probatoire où le candidat doit montrer qu'il sait exposer ce qu'il veut dire et qu'il a des idées suffisamment justes en médecine. Voilà comment je comprends la thèse du doctorat, et je ne vois pas pourquoi elle serait exclusivement une œuvre *scientifique*.

A cet égard les *dissertations* des Universités allemandes sont en général plus conformes à l'idée que je me fais d'une thèse de doctorat : leur forme est plus modeste, le candidat y dit simplement ce qu'il y a à dire et ne fait nul étalage de science, et en effet, ce n'est pas le lieu : le candidat n'est encore qu'un élève. Aussi, j'approuve le *Curriculum vitæ* qui s'étale à la deuxième page ; j'approuve surtout dans les dissertations étrangères le petit format, moins prétentieux et moins dispendieux que notre in-4°. J'approuve enfin que cette dissertation ne comprenne que vingt pages, lesquelles d'ailleurs renferment tout autant de matières que quarante pages de nos thèses où l'imprimeur abuse des blancs au préjudice de la bourse du candidat.

Jusqu'ici je n'ai parlé qu'au point de vue de ce dernier, mais on peut aussi invoquer l'intérêt général : une collection de thèses est un document historique qui n'est pas sans valeur. En feuilletant la volumineuse collection de la Faculté de Paris depuis l'an IV on voit revivre toute la médecine française de notre siècle (1), mieux encore que dans une collection de journaux. Pourquoi ? parce que les thèses sont des *œuvres de jeunesse*, et qu'à ce titre elles reflètent fidèlement toute la naïveté, toutes les illusions et tous les prompts enthousiasmes de la jeunesse. Voilà ce qui nous les rend précieuses.

R. Lépine.

(*Lyon Médical.*)

D'autre part, M. L. H. Petit, bibliothécaire adjoint de la Faculté, écrit ceci dans l'*Union médicale* :

« Je suis d'avis que beaucoup de thèses sont mauvaises et qu'il y aurait intérêt à les supprimer ; elles sont imprimées au profit exclusif des imprimeurs et des boutiquiers ; quant aux bouquinistes, ils n'en veulent même plus. Il y a quelques mois, j'ai voulu me débarrasser d'une collection de bonnes thèses, toutes d'internes ou d'agrégés, pas un bouquiniste n'a voulu me rendre service, même en offrant de payer la voiture de déménagement.

Il faut absolument réformer l'ordre actuel des choses soit en supprimant la thèse, comme le demande notre confrère, pour les médecins praticiens, soit en obligeant les élèves à faire une bonne thèse.

Les deux alternatives peuvent se soutenir. Comme les officiers de santé sont menacés de disparaître dans un avenir prochain, il y aurait intérêt, pour faciliter le recrutement des médecins, à diminuer les difficultés qu'ils ont à faire leurs études médicales. Un des plus gros impédiments est, à coup sûr, la confection de la thèse, qui est coûteuse et le plus souvent absolument inutile aux progrès de la science. Donc, supprimons la thèse.

Mais les élèves ne peuvent-ils faire une bonne thèse ? J'ai déjà soutenu l'affirmative, et je n'ai pas changé d'avis depuis, au contraire. Si, comme le projet est dans l'air, les études médicales viennent

(1) L'article ci-dessus émanant d'une plume aussi autorisée que celle du professeur lyonnais méritait d'être reproduit comme il l'a été par plusieurs de nos confrères.

(1) On ne saurait trop déplorer que l'incurie de l'ancienne Administration de l'Ecole de médecine de Lyon (je parle d'une époque antérieure à la direction de M. le prof. Glénard) ait laissé échapper une occasion extrêmement avantageuse de se procurer l'importante collection des thèses de la Faculté de Paris. Cette Administration, par une parcimonie vraiment incroyable, a laissé mettre cette collection au pilon. Ajoutons que l'Ecole de médecine de Grenoble, mieux partagée que nous, possède cette collection rarissime. Il me paraît très facile de l'obtenir par voie d'échange, au moyen des doubles si nombreux de notre bibliothèque.

à être réformées, surtout au point de vue clinique, si les professeurs de clinique sont plus nombreux et si les élèves sont mieux répartis entre eux, je crois qu'ils pourront recueillir au lit des malades tous les éléments nécessaires pour faire une thèse ayant quelque valeur. Voyez les thèses allemandes, qui passent pour être bien supérieures aux nôtres, elles n'ont pas plus d'une trentaine de pages, en moyenne; mais elles renferment une ou plusieurs bonnes observations, ou le résumé de la pratique d'un chef de service, pendant une ou plusieurs années, sur un point donné. Là, pas de compilation, pas de ces résumés d'anatomie et de physiologie qui mangent plusieurs pages au grand bénéfice de l'imprimeur; mais les observations sont fouillées dans tous les détails, et aujourd'hui, ou plutôt demain, avec toutes les ressources dont on disposera dans nos laboratoires, on pourra étudier les cas intéressants d'un service non seulement au point de vue clinique, mais encore au point de vue anatomo-pathologique et bactériologique, et produire ainsi des documents ayant une valeur réelle.

Si on ne peut mettre les élèves en mesure de faire une bonne thèse, mieux vaut assurément la supprimer. Mais, puisque des réformes paraissent devoir être accomplies dans ce sens, il faut encore attendre un peu avant de prendre ce parti radical.

Dans le *Progrès médical*, M. Baudouin se déclare partisan de la suppression de la thèse et prononce contre elle le *Delenda Carthago*. Pour nous, nous sommes partisan de la thèse facultative, pour laquelle on exigerait un travail consciencieux par son érudition et sa critique ou quelque fait nouveau.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'enseignement médical et la loi militaire.

Réserve faite pour la question de l'officiat, l'article suivant explique clairement la situation dont se préoccupe en ce moment toute la presse médicale.

« Je demande à M. de Freycinet et à M. Bourgeois de passer une heure ensemble, d'appeler M. Brouardel et de sortir de cette conférence avec un règlement qui accommode *les besoins de l'enseignement médical avec les exigences de la loi militaire.*

Il y a pour cela une commission déjà nommée au ministère de l'instruction publique. Il y en a peut-être une à la guerre. Il faut s'empresser de les dissoudre. On n'a pas besoin de tant d'avis et de tant de discussions. La nécessité est évidente ; le remède saute aux yeux. Personne n'est plus compétent et mieux intentionné que les deux ministres. Ils peuvent se réunir demain matin, et demain soir ils auront rassuré trois sortes de personnes : les étudiants en médecine sur leur avenir, les professeurs en médecine et les médecins sur l'avenir de la science, et les amis de l'humanité sur l'avenir des malades.

Voici d'abord l'état des choses :

En général, on sort du lycée à dix-huit ans. Disons dix-huit ou dix-neuf. On entre à l'Ecole de médecine. On fait sa première année, ou la première et la seconde. A vingt et un ans, on entre au régiment, on y passe un an. Au bout d'un an, on déclare qu'on veut continuer ses études pour arriver au doctorat, et l'on est renvoyé à l'école. Si, à vingt-six ans, on est docteur, tout est dit ; on en est quitte avec le service militaire. Si l'on n'a pas subi ses examens, ou si on y a échoué, on rentre au régiment pour deux ans.

Premier inconvénient : un an d'interruption au milieu des études. A la rigueur, on peut dire que les études de la première année ne sont pas perdues, parce qu'elles roulent sur des sciences accessoires et se suffisent à elles-mêmes ; elles sont seulement en partie oubliées ; les études de seconde année, qui devraient se continuer pendant la troisième, sont complètement perdues. L'élève, en revenant à vingt-deux ans, ou recommence, ou ne suit plus les cours qu'avec difficulté, et s'efforce de subir les examens à coups de manuel, c'est-à-dire de substituer le hasard à l'étude et la mémoire à la science.

Second inconvénient. La dispense n'est accordée qu'aux étudiants qui se préparent au doctorat. C'est la suppression de l'officiat : une grosse question. La situation de médecin de campagne est-elle assez avantageuse pour susciter un nombre suffisant de docteurs ? On songe sérieusement à organiser l'assistance médicale dans les campagnes ; ce n'est pas le moment de diminuer le nombre des praticiens. Supposons une mobilisation : il faudra pourvoir de médecins la réserve et la territoriale. En aura-t-on en nombre suffisant ? En restera-t-il pour les femmes, les enfants et les vieillards ?

Troisième inconvénient. La force des études médicales est dans l'internat. L'internat est le but poursuivi par l'élite des étudiants. Mais il faut être docteur (ou interne) à vingt-six ans. Un retard causé par la maladie, un échec, qui peut arriver au plus capable, auraient pour conséquence de reculer l'époque du doctorat au delà de la date fatale. Beaucoup renonceront à l'internat, pour ne pas courir cette chance.

Quatrième inconvénient. Pendant que les étudiants français, bien conformés, propres au service, seront talonnés par cette date des vingt-six ans, les étrangers et les contrefaits auront tout le temps de prolonger leur préparation. Ils auront le dessus dans les concours, ce qui est contre toute justice.

Enfin, cinquième inconvénient, pense-t-on qu'un jeune homme qui, faute d'avoir obtenu le diplôme de docteur, aura dû payer ses deux ans de service complémentaires, va recommencer ses études médicales à vingt-huit ans ? Il est perdu pour la profession, et toutes les dépenses faites par sa famille pour son éducation médicale sont perdues.

Ajoutons que cette série de gênes et d'entraves est faite comme à plaisir pour rendre plus dure la loi militaire, qui est déjà assez dure par elle-même.

Et dans quel intérêt fait-on tout cela ? Ce n'est pas dans l'intérêt de l'armée, car l'intérêt de l'armée est d'avoir des médecins. Ce n'est pas dans l'intérêt de la République, à laquelle ces sévérités mal justifiées font des ennemis.

Le remède est sous la main : c'est, d'une part, l'avancement d'appel, et, de l'autre, le reculement de la date des vingt-six ans. Qu'on la mette, si l'on veut, à trente ans. Avec ce simple changement l'officiat n'est plus en cause, l'internat n'est plus compromis, les études médicales retrouvent leur force et les prévarications sont réprimées. Celui qui, à trente ans, n'a pas réussi à être docteur ne le sera jamais.

Il n'y a aucune raison pour ne pas faire cette réforme, et il y a tant de raisons pour la faire

que personne ne peut comprendre qu'on tarde si longtemps à nous la donner.

(*Le Temps.*) Jules SIMON.

La protection de l'enfance dans le département de la Sarthe.

(Extrait de la *Revue d'inspection* du Dr Toussaint).

Une importante réforme dans le mode d'alimentation des enfants a été introduite dans la Sarthe, vers la fin de l'année dernière. Elle est relative à la suppression du biberon à tube.

A la date du 24 octobre 1890, M. Ch. Lutaud, préfet de la Sarthe, a adressé aux médecins inspecteurs la circulaire suivante :

« Monsieur le Médecin Inspecteur,

« L'usage du biberon à tube et l'alimentation solide prématurée sont les deux pratiques les plus funestes de l'industrie nourricière.

« Pour combattre ces pratiques dans le département de la Sarthe, où l'élevage au biberon est le plus ordinairement employé, l'Inspection générale a exprimé le vœu : que les médecins inspecteurs qui délivrent un certificat aux nourrices au biberon leur fassent prendre l'engagement de n'employer *qu'un biberon tout en verre sans tube*. Lorsque le fait que la nourrice a manqué à cet engagement sera constaté par le médecin inspecteur ou par l'inspecteur départemental ou par un membre de la commission locale, le nourrisson sera retiré à la nourrice, conformément à l'article 7 du règlement, et, pendant un an, le maire ne lui délivrera plus de certificat pour élever un autre nourrisson.

« J'ai décidé que ces prescriptions seraient mises en pratique dans le département de la Sarthe, et je viens vous prier de vouloir bien tenir la main à leur stricte application. L'arrêté du 31 mai 1888, pris par l'un de mes prédécesseurs, oblige les nourrices à se munir préalablement du certificat médical pour obtenir le carnet, et il vous sera facile, dès lors, d'exiger des nourrices l'engagement réclamé par l'Inspecteur général.

« Pour réaliser l'importante modification dans l'élevage des nourrissons, il est nécessaire de propager le biberon adopté par le Comité départemental.

« Le Conseil général et M. le Ministre de l'Intérieur ont autorisé l'achat de biberons sans tube. Ces objets seront remis gratuitement par les médecins inspecteurs, lorsqu'ils délivreront aux nourrices le certificat réglementaire. M. l'Inspecteur départemental vous fera parvenir prochainement la quantité de biberons nécessaires pour les besoins de votre circonscription. Vous voudrez bien lui accuser réception de cet envoi.

« De tous les enfants du premier âge, les plus exposés, en thèse générale du moins, sont ceux que leurs parents mettent en nourrice, à l'égard desquels l'intervention tutélaire de la famille ne s'exerce que de loin, c'est-à-dire bien imparfaitement. Chaque année, beaucoup de ces enfants sont victimes de méthodes d'élevage contraires à l'hygiène, et surtout de ces procédés d'alimentation que sur tous les points du territoire le corps médical a depuis longtemps dénoncés.

« Laissant de côté beaucoup de questions intéressantes, mais d'une importance secondaire, je vous rappelle que ce sont les maladies des voies digestives qui déterminent pendant la période du premier âge le plus grand nombre de décès.

« Chez les nourrissons, ces maladies ont pour cause à peu près exclusivement une alimentation mauvaise ; ce sont par conséquent des maladies évitables.

« Puisque la loi a confié à l'administration le soin de protéger ces enfants, c'est à l'administration à rechercher les moyens d'éviter ces maladies.

« Comment y arriver ? En instruisant les nourrices, en leur démontrant que le lait altéré ne peut être digéré par l'enfant, et occasionne chez lui de la diarrhée et des vomissements, accidents qui ne tardent pas à le faire succomber ; en leur rappelant que cette affection qu'on appelle vulgairement *mal de l'an* et que beaucoup de matrones regardent malheureusement comme un émonctoire naturel et salutaire, n'est pas autre chose qu'une véritable maladie sérieuse, grave, et toujours occasionnée par une alimentation mauvaise ou nullement en rapport avec les organes digestifs de l'enfant.

« En leur prouvant l'impossibilité absolue de nettoyer convenablement le biberon à tube élastique, et, comme conséquence forcée, l'altération du lait qu'il contient ; enfin, en leur imposant l'usage du biberon sans tube, analogue à celui que le Comité départemental a choisi et que vous voudrez bien faire distribuer aux nourrices de votre circonscription.

« Vous profiterez de la circonstance pour leur démontrer les inconvénients d'une alimentation solide prématurée, les organes de l'enfant n'étant pas aptes, dans les premiers mois de la vie, à digérer une autre nourriture que le lait.

« La réforme de l'alimentation des enfants soumis à l'allaitement artificiel ne peut être réalisée que par l'action persévérante des médecins-inspecteurs. Seuls, ils ont l'autorité nécessaire pour inculquer aux nourrices les préceptes élémentaires de l'hygiène infantile, pour se vouer utilement à cette propagande individuelle dont aucune recommandation collective ne saurait tenir lieu, pour faire abandonner ces pratiques meurtrières d'alimentation qui, chaque année, je le répète, coûtent des milliers d'existences au pays.

« Je suis persuadé, Monsieur le Médecin-Inspecteur, que vous voudrez bien prêter à mon administration le concours qu'elle attend de vous pour obtenir l'utile réforme qu'elle entreprend aujourd'hui.

« Je saisis cette occasion pour renouveler les instructions contenues dans la circulaire préfectorale du 31 mai 1888, relatives à la régularité des visites médicales. Comme vous le savez, elles doivent avoir lieu régulièrement une fois par mois. L'obligation en est d'autant plus stricte pour les médecins-inspecteurs que leurs honoraires sont proportionnels au nombre des visites. Des plaintes sont parvenues à mon administration, et, dans plusieurs circonstances, j'ai eu le regret de sévir à l'égard de titulaires oublieux de leurs devoirs. C'est pour éviter de pareilles mesures, c'est dans l'intérêt tout à la fois et du corps médical dont la dignité est engagée par une solidarité inévitable, et dans l'intérêt de nos protégés, qu'il a été décidé :

« 1° *Que les bulletins de visite doivent être envoyés chaque mois, sous peine d'être annulés s'ils ne parviennent pas avant la fin du mois suivant* ; 2° *d'inviter les médecins-inspecteurs à constater la date de chaque visite sur le carnet de la nourrice ; à défaut d'émargements, les bulletins correspondants seront annulés.*

« Je dois vous rappeler également que les Maires seuls ont le droit de se faire remettre les carnets par les nourrices, en cas de décès ou de retrait des nourrissons ou lorsqu'ils sont demandés par l'Inspection départementale à qui ils doivent être transmis directement, sans aucun retard, et que ces carnets ne doivent jamais être en la possession des médecins-inspecteurs.

« L'Inspection départementale a été chargée de s'assurer, par des visites inopinées, de la régularité du service. Permettez-moi d'espérer que vous remplirez consciencieusement les prescriptions réglementaires, et que vous aurez à cœur de maintenir une organisation qui est avantageuse pour le corps médical de la Sarthe, en même temps que profitable à la catégorie si intéressante des enfants du premier âge.

« Agréez, Monsieur le Médecin-Inspecteur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

« *Le Préfet de la Sarthe*, Ch. LUTAUD. »

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat des médecins de la Seine.

Siège social : 4, *rue de Lille.*

LISTE DES ADHÉRENTS AU 20 JANVIER 1892.

1er *arrondissement.*

MM. les docteurs Baratoux. — Bilhaut. — Gauthier. — Mihran. — Naudin. — Séreno. — Tourreil.

2e *arrondissement.*

MM. les docteurs Abadie. — Legué. — Launay. — Marty. — Vergne.

3e *arrondissement.*

MM. les docteurs Bernheim. — De Chateaubourg. — Dezille. — De Finance. — Pascalis.

4e *arrondissement.*

MM. les docteurs Berrillon. — Gourichon. — Le Maguet.

5e *arrondissement.*

MM. les docteurs Birabeau. — Barrault. — Depierris. — Garran de Balzan. — Gascard. — Maestrati. — Monnet. — Roussy. — Spira. — Vergeade.

6e *arrondissement.*

MM. les docteurs Bonnefin. — Binet, (n'exerce pas à Paris). — Desnos (médecin des hôpitaux). — Depasse. — Jacquin. — Meugy. — Tison.

7e *arrondissement.*

MM. les docteurs Blet. — De Crésantignes. — Duchesne. — Le Baron. — Lereboullet (membre de l'Académie de Médecine). — Moricourt. — Selle. — Tolédano. — Verchère.

8e *arrondissement.*

MM. les docteurs Balzer (médecin des hôpitaux). — Barthe de Sandfort. — Béclu. — Brivois. — Berthelot. — Bonnet. — Beltz. — Fort. — Fournier. — Gouël. — Grand. — Huchard (médecin des hôpitaux). — Jacquet. — Labbé. — Lionnet. — Michel (n'exerce pas à Paris). — Weber. — Hureau de Villeneuve.

9e *arrondissement.*

MM. les docteurs Anselmier. — Aubeau. — Besnier (membre de l'Académie de Médecine, médecin des hôpitaux). — Bersonnet. — De Backer. — Brèthes. — Chatelain. — Chenet. — Colonna Ceccaldi. — Delacroix. — Diamantberger. — Degoix. — Feulard. — Gaudin. — Goureau. — Gillet de Grandmont. — Hiard. — Laburthe. — Lacaille. — Lutaud. — Nitot. — Piogey (E.). — Percheron. — Philippeau. — Respaut. — Verdier.

10e *arrondissement.*

MM. les docteurs Bellencontre. — De Beurmann (médecin des hôpitaux). — Cézilly. — Claude. — De Cours. — Collineau. — Fretin. — Fissiaux. — Lagoguey. — Le Blond (Albert). — Leflaive. — Mareau. — Mathieu. — Mercier. — Ozouf. — Portafax. — Peltier. — Régeard. — Roeser. — Tripet.

11e *arrondissement.*

MM. les docteurs Arnaud. — Cart. — Delineau. — Gardin. — Henne. — Jasienski. — Le Grand.

12e *arrondissement.*

MM. les docteurs Mallet. — Plessard. — Petit (L.-R.).

13e *arrondissement.*

MM. les docteurs Cornet. — Petit (Albert).

14e *arrondissement.*

MM. les docteurs Barbezieux. — Danel (Mlle).

15e *arrondissement.*

MM. les docteurs Bra. — Barbeaud. — Marieux. — Michel. — De Pradel. — Tapie.

16e *arrondissement.*

MM. les docteurs Deswatines. — Martin. — Pastol. — Raymond. — Trouessart.

17e *arrondissement.*

MM. les docteurs Ducamp. — Forest de Faye. — Guilain. — Hitier. — Longo. — Marevery. — Mugnier. — Menard. — Paris. — De Pietra Santa. — Renard.

18e *arrondissement.*

MM. les docteurs Bontemps. — Bondon. — Decoster. — Dive. — Dusseau. — Gaillard. — Juranville. — Lavabre. — Lévy-Franckel. — Moricet. — Parent. — Raimondi.

19e *arrondissement.*

MM. les docteurs Royer. — Savornin.

20e *arrondissement.*

M. le docteur Pilon.

Banlieue de Paris.

MM. les docteurs Roy. — Villeneuve. — Boisson. — Lameau. — Dubousquet-Laborderie. — Bovet (n'exerce pas à Neuilly). — Diverneresse. — Grach. — Laffont. — Privé. — Serpaggi. — Raffegeau. — Lorrain.

Les syndicats professionnels (1)

Par le Dr DIGNAT.

J'estime que l'organisation des Syndicats médicaux, en général, et du syndicat médical de la Seine en particulier, est une mesure inopportune, d'une utilité contestable, en tout cas moindre qu'on ne pourrait se le figurer, et peut-être aussi nuisible à la profession.

Avant tout, croyez bien qu'en tenant ce langage, je suis loin de vouloir imiter certains membres de la presse politique qui, à un moment, vous le savez, ont blâmé, en des termes que je désapprouve, la constitution des syndicats médicaux. Autant que tout autre, je reconnais et je déplore la situation fâcheuse qui, trop souvent dans la société actuelle, est faite au médecin. Aussi bien que tout autre, par conséquent, je reconnais que celui-ci a le droit et le devoir de se défendre. Mais est-il besoin pour cela de Syndicats ?

Notre collègue énumérait, il y a un instant, tous les avantages que les médecins allaient retirer des Syndicats. A mon avis, il faut, de beaucoup, réduire la somme de ces avantages.

Au fond, les Syndicats professionnels en général ont pour but de grouper toutes les personnes exerçant une même profession en vue de la défense de leurs intérêts matériels. Cela suppose déjà, par conséquent, l'existence des mêmes intérêts matériels, tarif des salaires, durée des heures de travail, etc., etc., et la possibilité d'un conflit entre l'ouvrier ou l'employé et le patron. Or, est-ce le cas des médecins en général ? Je ne le crois pas. Le médecin exerce sa profession librement ; il soigne qui bon lui semble, comme il lui plaît, et aux conditions qu'il lui convient de fixer suivant les cas, suivant le lieu où il réside, suivant l'état de fortune de ses clients. S'il existe entre les différents membres du corps médical une communauté d'intérêts, il s'agit plutôt d'intérêts moraux que d'intérêts matériels, lesquels peuvent, en effet, différer pour chacun d'eux.

Dans ces conditions, je ne vois donc qu'une seule catégorie de médecins à qui les syndicats médicaux puissent offrir des avantages : je veux parler des médecins de Sociétés de secours mu-

(1) Cette communication a été faite à la société de Médecine pratique. Nous la reproduisons d'après le *Journal de Médecine de Paris.*

tuels, des médecins des administrations privées, voire même dans certaines villes, des médecins des hôpitaux ou hospices civils.

Pour ceux-là, qui acceptent d'être, dans une certaine mesure et sous certaines conditions, sous la dépendance des dites Sociétés ou des dites administrations, avec lesquelles ils peuvent, à certains moments, avoir des conflits d'intérêts pour ceux-là, je le reconnais, les Syndicats peuvent avoir une réelle utilité. Mais pour tous les autres je ne retrouve plus cette même utilité.

M. Duchesne nous a dit que les médecins syndiqués pourront poursuivre plus facilement les personnes exerçant illégalement la médecine : ici encore je suis de l'avis de mon honoré collègue. Toutefois, je ferai remarquer que rien, dans la législation, n'empêche que plusieurs médecins se groupent à l'effet de poursuivre conjointement et solidairement tout individu convaincu du délit auquel je viens de faire allusion.

Les Syndicats, nous dit encore M. Duchesne, régleront les questions de déontologie. Mais, à ce sujet, je demanderai si les nombreuses Sociétés médicales qui existent un peu partout ne suffisent pas à cette tâche.

Reste enfin à examiner une dernière question sur laquelle notre collègue a particulièrement insisté : je veux parler des contestations des honoraires par le client.

Dans les cas de ce genre, nous dit M. Duchesne, les Syndicats interviendront toujours utilement. Messieurs, je ne suis pas de cet avis. Comment voulez-vous, en effet, que les Syndicats puissent avoir une influence quelconque sur la décision d'un juge, si les dits syndicats n'ont pas adopté préalablement des tarifs d'honoraires qui serviront de base d'appréciation au magistrat ?

De deux choses l'une, en effet : ou bien, ces tarifs n'auront pas été établis ; ou ils l'auront été. Dans le premier cas, je le répète, l'influence des Syndicats sera nulle ; dans le second elle existera réellement, c'est vrai, mais pour le plus grand dommage des intéressés, c'est-à-dire des médecins. Est-il possible d'établir un tarif uniforme des honoraires ? Vous ne le pensez pas vous-mêmes. Il faudrait, pour cela, créer des catégories de malades et de médecins. Et sur quoi s'appuierait-on pour établir équitablement ces catégories ? Et puis, c'est là le danger auquel j'ai fait allusion : si on crée des tarifs, et si vous les acceptez, vous entraverez votre liberté !

A côté de ces diverses considérations, il en est enfin une dernière qui a son importance, je crois, et que je ne ferai qu'indiquer : c'est que le public, avec les idées qu'il se fait du rôle du médecin, verra d'un très mauvais œil, croyez-le, la formation des syndicats médicaux.

Pour toutes ces raisons, j'estime donc que la création de ces Syndicats peut être une mauvaise chose pour notre profession.

M. Lutaud. — M. Dignat n'a pas, je crois, saisi la portée de la création du syndicat médical à Paris. D'abord, il existe en province et il fonctionne au mieux des intérêts professionnels. Dans certaines circonstances, il a rendu des services très importants, son but est multiple : en premier lieu, il permet de poursuivre les charlatans sans que nous ayons individuellement à faire des frais. Ceux-ci sont supportés par la collectivité. C'est là un avantage très sérieux pour nos confrères. En outre, le syndicat a pour but la fixation des honoraires. Cette fixation, difficile à Paris, est, quoi qu'en dise M. Dignat, facile en province. Elle a amené une amélioration dans la situation matérielle du médecin.

Au point de vue moral, au point de vue de la solidarité professionnelle, l'association procure des avantages appréciables.

Je crois donc que nous devons tous souhaiter la réussite de la tentative qui est faite à Paris en vue de réunir nos efforts communs pour la sauvegarde de nos intérêts moraux et matériels.

M. Tolédano. — M. Lutaud a répondu, mieux que je ne l'aurais fait, aux observations présentées par M. Dignat. J'ajouterai que le syndicat a pour but, entre autres choses, de s'occuper des rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels, ce qui entre bien dans les vues de M. Dignat.

M. Duchesne. — M. Dignat nous a dit que le syndicat sera nuisible à la profession médicale. J'estime, au contraire, qu'il sera très utile, particulièrement aux médecins de quartier.

M. Porak.—Un médecin ne pourra pas attaquer un charlatan dans son quartier. Il craindra des représailles, des ennuis. Tandis qu'avec l'institution du syndicat, le médecin s'efface et il ne reste que l'association qui est impersonnelle. Il y a là un avantage précieux dont il faut tenir compte.

M. Gillet de Grandmont. — Le syndicat est une arme à deux tranchants qu'il faut manier avec beaucoup de précautions. Son but est grand, louable et s'il est dirigé par des hommes honorables, comme c'est le cas, il faut l'encourager.

M. Brivois. — J'ai fait partie d'un syndicat médical en province et j'ai pu apprécier les services qu'il rend au corps médical. Cette institution a permis la tarification des honoraires qui ont augmenté dans une proportion notable ; elle a établi des relations équitables entre les sociétés de secours mutuels et les médecins ; enfin elle a rendu des services signalés dans la poursuite des charlatans, poursuite que ne pouvait entreprendre un médecin isolé.

REPORTAGE MÉDICAL

Le Dr *Noël*, dans le *Bulletin médical*, à propos de l'empoisonnement dû à un infirmier militaire, choisi pour remplir ces fonctions, sans avoir aucune notion préparatoire, s'étonne de ne pas voir utiliser les *médecins*, les *pharmaciens*, les *séminaristes*, qui seraient mieux à leur place dans les infirmeries qu'au maniement du fusil. Sous prétexte d'égalité, de bien mauvais aloi, on fait perdre une année aux jeunes gens, ce qui est un mal, mais bien moindre sûrement que le mauvais recrutement des infirmiers. En les utilisant, on préparerait des auxiliaires indispensables au service de santé, en temps de guerre. Malgré ces réclamations une circulaire récente du Ministre de la guerre confirme les errements anciens. Espérons que M. de Freycinet, déchargé de la présidence du Conseil, pourra voir de plus près et redresser des pratiques vicieuses. Le *Bureau de l'Union des Syndicats* fera une démarche

dans ce sens, si la nécessité en apparaît. — Le Bureau va reprendre, avec le nouveau ministre de l'intérieur et avec M. *Ribot*, la question des *Conventions médicales de frontière*.

— Le Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française aura lieu à Blois, le lundi 1er août.

Le programme comprendra : 1° La mise à l'ordre du jour des questions suivantes :

Du délire des négations, sa valeur diagnostique et pronostique.

Le secret médical en médecine mentale.

Les colonies d'aliénés.

Un rapport sera fait sur chacune de ces questions et sera envoyé à chaque membre adhérent dans le mois de juillet.

2° La lecture des mémoires ou les communications orales des membres du Congrès sur des questions diverses touchant la médecine mentale.

3° Les visites aux hôpitaux de Blois, à l'ancien hospice des aliénés et à l'asile départemental actuel. Inauguration d'une infirmerie et du nouveau service des épileptiques non aliénés.

— *La tuberculine à la Villette.* — M. Nocard a annoncé à l'Académie de médecine, au mois de décembre dernier, que la tuberculine de Koch était un excellent révélateur de la tuberculose bovine. La préfecture de police vient d'informer le chef du service de l'inspection sanitaire qu'elle autorisait l'usage de la tuberculine pour les bestiaux de la Villette, à la condition toutefois qu'il n'en sera fait emploi qu'avec l'assentiment formel des propriétaires des animaux.

— *Commissions des prix de l'Académie de médecine pour* 1892.—*Académie* : MM. Marey, François-Franck, Chauveau.— *Alvarenga* : MM. Laboulbène, Labbé, Chatin (Joannès). — *Amussat* : MM. Guérin, Verneuil, Rochard. — *Barbier* : MM. Empis, Sée (Marc), Leblanc. — *Buignet* : MM. Riche, Schulzenberger, d'Arsonval.— *Buisson* : MM. Sée (Germain), Jaccoud, Lannelongue. — *Capuron* : MM. Tarnier, Guéniot, Budin. — *Civrieux* : MM. Lancereaux, Blanche, Mesnet. — *Daudet* : MM. Hérard, Le Dentu, Wéber. — *Desportes* : MM. Hardy, Dujardin-Beaumetz, Hayem. — *Falret* : MM. Charcot, Le Roy de Méricourt, Luys. — *Godard* : MM. Peter, Fournier, Bucquoy.— *Huguier* : MM. Tillaux, Guyon, Péan. — *Hygiène de l'enfance* : la Commission. — *Laborie* : MM. Larrey, Chauvel, Terrier. — *Laval* : MM. Le Fort (Léon), Brouardel, Bouchardat. — *Louis* : MM. Potain, Vidal, Bouchard. — *Mège* : MM. Besnier, Cadet de Gassicourt, Dieulafoy. — *Meynot* : MM. Duplay, Lagneau, Lereboullet. — *Monbinne* : MM. C. Paul, Trasbot, Périer. — *Nativelle* : MM. Planchon, Bourgoin, Jungfleisch. — *Orfila* : MM. Caventou, Proust, Collin (Léon). — *Portal* : MM. Panas, Cornil, Ranvier. — *Pourat* : MM. Polaillon, Duval, Laborde. — *Saint-Paul* : MM. Worms, Magitot, Quinquaud. — *Stanski* : MM. Brouardel, Javal, Robin. — *Vernois* : MM. Gueneau de Mussy, Nocard, Ollivier.

A 5 heures la séance est levée.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le docteur Müller, de Pont-Saint-Vincent (Meurthe-et-Moselle).

ADHÉSION A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

3695. — M. le Dr Mailfert, d'Angeville (S.-et-O.), présenté par M. le Dr Pasturaud, d'Étampes.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine
4, rue Antoine-Dubois, 4

Libraire-éditeur du **« Concours médical »**, la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

La *Société d'Editions scientifiques*, établie sur les bases de la **Mutualité**, a pour principe de partager par moitié, entre les Auteurs et elle, *tout bénéfice* résultant de la vente des ouvrages.

Traité du rhumatisme et de l'arthrite rhumatoïde, par le Dr Archibald E. Garrod, médecin suppléant de l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, traduit par le Dr Brachet. In-8 carré, illustré de 410 gravures. — Prix : 12 francs.

Il n'existait pas encore un traité du rhumatisme considéré comme une maladie organique, et parmi les mémoires et articles consacrés à cette affection, le plus important n'embrassait pas d'un coup d'œil général cette si importante question. Aussi le Dr Brachet a-t-il été bien inspiré en traduisant le consciencieux travail de Garrod ; il contribue ainsi à faire connaître un livre que beaucoup de médecins ignoraient.

C'est une remarquable monographie que cet ouvrage, où l'auteur a étudié avec un soin scrupuleux toute l'histoire du rhumatisme, encore vague sous bien des rapports, mais néanmoins bien connue à certains points de vue. Les symptômes du rhumatisme, ses diverses manifestations, le traitement font l'objet de chapitres très complets. Dans une deuxième partie, l'auteur étudie l'arthite rhumatoïde ou arthrite déformante.

La traduction du Dr Brachet est fort bien faite et rend très agréable la lecture de cet intéressant ouvrage. De saisissantes figures complètent le texte. L. T.

Diabète, albuminurie névropathique, asthme, névropathie cérébro-cardiaque, etc., (physiologie normale et pathologique du nerf pneumogastrique), par les Drs G. Arthaud et L. Butte. In-8 carré de 220 pages. — Prix : 6 francs.

Dans ce remarquable ouvrage les auteurs ont appliqué à la pathologie les dernières découvertes fournies par l'étude physiologique du nerf vague. Ils ont démontré la pathogénèse de certaines affections qui ont pour cause première des altérations du nerf pneumogastrique.

Envoi franco par la poste contre un mandat de 9 fr. 40 pour le premier et de 4 fr. 80 pour le deuxième.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année — N° 12 — 19 Mars 1892

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

L'iodure et le bromure de calcium.

M. *G. Sée*, qui préconisait il y a peu de mois les sels de strontium, paraît leur être devenu infidèle ; car dans la séance du 8 mars, il a entretenu l'Académie de nouveaux sels de calcium, l'iodure et le bromure, qui lui paraissent plus propres à introduire la chaux dans l'organisme que les préparations de chaux usuelles.

M. Sée ajoute que le bromure et le chlorure de calcium s'appliquent à un grand nombre de dyspepsies et de lésions stomacales ; il est possible de poser des indications précises de ces nouveaux remèdes et du nouveau régime qui convient à l'estomac.

C'est encore suivant M. Sée le calcium qui agit favorablement sur l'estomac quand on substitue l'iodure de calcium à l'iodure de potassium. Tous deux agissent merveilleusement sur la respiration, sur le cœur et sur les maladies spécifiques ; mais l'iodure de calcium qui s'emploie d'ailleurs à une dose moindre est parfaitement supporté par les organes digestifs, tandis que le potassium leur est manifestement préjudiciable. Il y a donc une indication spéciale pour chacun des trois sels de calcium, mais aussi une indication commune en tant que médicament gastrique.

M. *Dujardin-Beaumetz* a fait remarquer que lorsqu'il s'agit de combattre cet état général que l'on appelle l'inanition calcaire, il est nécessaire de donner du sel calcaire non seulement absorbable mais aussi assimilable. Les préparations calcaires, d'ordre pharmaceutique, ne sauraient être d'aucune utilité dans l'inanition calcaire. Il faut, dans ce cas, s'adresser aux aliments végétaux tels que le pain de son, la fèverolle, les fèves, les lentilles.

Cependant, en prenant de la chaux sous la forme de phosphates, l'enfant se porte mieux ; cette amélioration s'explique par le fait que les phosphates de chaux acidifient légèrement le suc gastrique, excitent, en se précipitant, la muqueuse de l'estomac et la motricité intestinale. Il est probable qu'il en est de même pour les préparations prônées par le professeur Sée.

M. *Laborde* exprime le regret que M. G. Sée n'ait pas continué à s'en tenir au *bromure de strontium*, dont il avait eu tant à se louer, et qu'il ait cru devoir lui donner même pour succédané le bromure de calcium.

Car le *bromure de calcium* constitue — de même que l'iodure de strontium, et plus encore que ce dernier — une préparation d'une instabilité excessive, comme presque toutes les préparations d'une extrême solubilité, facilement déliquescentes, et altérables au contact de la lumière et de l'oxygène de l'air. La cristallisation du bromure de calcium ne peut être réalisée qu'à grand' peine, et un pareil produit obtenu par évaporation renferme presque fatalement toutes les impuretés du brome et de la chaux ; il peut contenir, en outre, un excès de chaux, et du bromate de la même base.

En rappelant aussi l'instabilité de l'*iodure de strontium*, M. Laborde demande comment il est possible d'apprécier, à leur juste valeur, des résultats thérapeutiques basés sur l'emploi de produits qui, par le fait même de leur composition, n'offrent pas la garantie fondamentale de toute substance médicamenteuse, savoir : la pureté et la stabilité chimiques.

Traitement des coliques hépatiques par la glycérine.

M. *Ferrand* a lu dans la même séance un mémoire dont voici les conclusions :

1° La glycérine administrée par l'estomac est absorbée en nature par les voies lymphatiques, notamment par les vaisseaux qui vont de l'estomac au hile du foie et à la vésicule biliaire ; on la retrouve jusque dans le sang des veines sus-hépatiques ;

2° C'est un puissant cholagogue et un agent précieux contre les coliques hépatiques ;

3° A dose relativement massive (de 20 à 30 grammes), la glycérine détermine la fin de la crise ;

4° A dose légère (5 à 15 grammes), la glycérine, prise chaque jour, dans un peu d'eau alcaline, prévient de nouvelles attaques ;

5° La glycérine, sans être un lithontritique, est donc le médicament par excellence de la lithiase biliaire.

Dosage de la digitaline.

Dans un article sur les Pneumonies grippales, n° 10, page 110 (communication de M. H. Huchard à la Société de thérapeutique), on a pu lire que 10 à 15 gouttes de la solution de digitaline cristallisée au 1000e représentent 1 milligramme de substance active. C'est une erreur typographique qu'il convient de rectifier : il faut *40 à 50 gouttes de la solution au 1000e pour faire* 1 *milligramme de digitaline cristallisée.*

Etude clinique et expérimentale sur le massage.

Voici les conclusions auxquelles est arrivé M. *A. Castex* à la suite de longues expériences exposées par lui dans les *Archives de médecine*, janvier 1892.

I. *Résultats cliniques.* — Dans les *contusions simples*, le massage procure la disparition rapide des divers troubles, principalement de la douleur.

Dans les *contusions articulaires*, il dissipe les contractures musculaires réflexes ou les parésies, mais surtout il prévient les amyotrophies rebelles qui en sont la complication la plus grave.

Appliqué aux *entorses*, il est remarquable par la rapidité de ses bons effets. D'après ma statistique, le résultat cherché est obtenu entre trois et quatre jours.

Dans les *luxations*, on doit y recourir dès que la réduction est assurée, car il réduit au plus vite gonflement, ecchymoses, douleurs. Il éveille la fibre musculaire de cette stupeur locale où la plonge le traumatisme. Il prévient les atrophies et roideurs tardives.

Appliqué aux *fractures juxta-articulaires*, il vient rapidement à bout des douleurs et gonflement (une fracture simple, sans déformation, de l'extrémité inférieure du radius guérit en une quinzaine de jours, quand il en fallait quarante au moins avec l'immobilisation plâtrée). Si on y a recours après la levée des appareils, il assouplit les parties et dissipe les œdèmes.

Contre les *amyotrophies* acquises, le massage s'est montré impuissant. Il les prévient si on l'applique d'une façon précoce.

II. Les conclusions cliniques sont étayées sur des *résultats histologiques.* Car le muscle traumatisé et non massé présente une *sclérose diffuse* avec : hypertrophie du tissu conjonctif annexe dans ses diverses parties, hémorrhagies interstitielles, engorgement des vaisseaux sanguins et hypertrophie de leur tunique adventice.

Le muscle traumatisé, mais massé, offre son histologie normale. C'est la *restitutio ad integrum.*

Les vaisseaux sanguins sont normaux dans le muscle massé. Dans le muscle non massé, ils offrent une hyperplasie de leur tunique extern[e].

Les filets nerveux normaux dans le mus[cle] massé présentent, dans le muscle non massé, [de] la périnévrite et de la névrite interstitielle.

La lésion des nerfs est plus marquée que ce[lle] des vaisseaux.

III. En résumé, d'après les recherches de [M.] Castex, on constate *de visu* que le massage a[git] en détergeant une partie des matériaux diver[se]ment nuisibles que le traumatisme y a versés, [en] ramenant cette partie à son état normal et en p[ré]venant de la sorte le processus de sclérose diff[use] qui en serait résulté.

Telle est l'explication positive de l'action [du] massage. Elle ne pourra qu'accroître son créd[it].

Un cas d'empoisonnement par l'acide phénique, guéri par le sulfate de soude.

Un tailleur d'Ancône, ayant ingéré par mépr[ise] environ 30 grammes d'acide phénique, fut re[çu] d'urgence à l'hôpital, où le Dr *Moretti* le trou[va] sans connaissance. Pouls excessivement fréqu[ent] et à peine sensible. Respiration incomplète, pe[au] froide et couverte d'une sueur glacée, l'œil vitre[ux] immobile, à pupille rétrécie.

M. Moretti introduit, à l'aide d'une sonde œ[so]phagienne, une forte solution de sulfate de s[ou]de dans l'estomac du patient, en procédant le[n]tement et par intervalles, afin de laisser le tem[ps] au sel d'être absorbé et de neutraliser non seul[e]ment l'acide qui pouvait rester encore dans l'[es]tomac, mais aussi celui qui était déjà entré da[ns] la circulation.

Au bout d'une heure, le patient commenc[e à] réagir, le pouls se relève un peu, la respiration [se] fait mieux.

Bientôt après, il remue les yeux, puis les br[as] et les jambes se mettent en mouvement. On [a] recours alors aux inhalations d'ammoniaque, q[ui] achèvent de le secouer. Peu à peu, il reprend connaissance et on lui administre un peu d['é]métique pour débarrasser son estomac. On [lui] fait boire ensuite de l'eau de chaux. Enfin, [on] le soumet à une diète liquide, on lui donne [de] la glace, afin d'atténuer les douleurs que po[u]raient provoquer les ulcérations produites par l'[a]cide. Les urines présentèrent une couleur v[ert] sombre. Au bout de quelques jours, la guéris[on] était complète.

Bien que tous les cas connus d'empoisonn[e]ment par l'acide phénique aient été traités [par] les inhalations d'oxygène, qui réussissent par[fai]tement, le traitement par le sulfate de soude [est] des plus logiques, car, par le mélange de ce [sel] et de l'acide phénique, il se forme un phénos[ul]fate de soude inoffensif pour l'organisme.

Baumann et Strümpell, dans leur *Traité [de] pathologie spéciale et thérapeutique*, ont reco[m]mandé d'ailleurs ce contre-poison ; et M. Mor[etti] en publiant son observation (*il Raccoglitore*, [..] février), est en droit d'espérer qu'il peut ren[dre] service aux médecins isolés, aux médecins de ca[m]pagne, à tous ceux enfin qui, n'ayant pas fac[ile]ment sous la main des ballons d'oxygène, tr[ou]veront facilement du sulfate de soude.

Pathogénie de la tétanie d'origine gastriq[ue].

Les accidents de contracture des mains, des [ex]trémités et même quelquefois des muscles res[...]

ratoires décrits sous le nom de tétanie et auxquels succombent parfois les malades atteints de dilatation gastrique sont inconnus dans leur essence. Leur pathogénie, a été étudiée expérimentalement par MM. Bouveret et Devic qui ont retiré de digestions artificielles conduites avec soin, et en se rapprochant le plus possible des conditions de la digestion stomacale, une substance convulsivante, cause très probable de la tétanie gastrique. Cette substance, sorte de peptotoxine, se forme sous l'influence, de l'alcool dans les estomacs atteints d'hypersécrétion permanente avec dilatation et produisant, par conséquent, beaucoup de peptone. Or on sait que les alcooliques avérés sont plus particulièrement exposés à la tétanie gastrique.

La tétanie gastrique serait donc un phénomène d'ordre toxique constituant une preuve de plus à apporter à la théorie de M. Bouchard sur les auto-intoxications.

Symptômes et traitement de l'empoisonnement par les champignons.

M. *Richardière*, dans le second volume du *Traité de médecine* publié sous la direction de MM. Charcot et Bouchard, expose les signes et le traitement de cet empoisonnement.

En France, la plupart des accidents graves sont dus à l'amanite bulbeuse et à ses variétés (fausse oronge, ciguë). Il faut ajouter que certains autres champignons, les russules, les lactaires, par exemple, peuvent également provoquer des accidents, mais, comme ils ont mauvais goût, on en mange très peu et tout se borne à une indigestion et à de la gastro-entérite.

De plus, il faut savoir que la plupart des champignons comestibles à l'état frais (les morilles en particulier), deviennent extrêmement dangereux dès qu'ils commencent à se putréfier.

Il importe d'autant plus de bien connaître les accidents produits par les champignons et les moyens de les combattre, que tous les procédés empiriques préconisés pour déceler leur nocivité — le noircissement des objets en argent, par exemple — sont absolument infidèles et sans valeur.

La substance toxique contenue dans les champignons est un alcaloïde, la *muscarine*. Cet alcaloïde, découvert par Schmiedberg, est un poison violent qui agit surtout sur le cœur qu'il arrête et sur les centres nerveux. Son action physiologique a été bien étudiée et est actuellement bien connue.

Les symptômes de l'empoisonnement par les champignons — nous avons surtout en vue les accidents graves — commencent quatre, cinq et même six heures après l'ingestion. Le début ordinaire a lieu par des troubles digestifs (vomissements, douleurs épigastriques, coliques, diarrhée). Dans quelques cas, l'empoisonnement se manifeste d'abord par des vertiges et des crampes. Mais, si ces troubles nerveux ne se montrent pas dès le début, ils se produisent toujours un peu plus tard.

Les troubles nerveux ont deux modalités différentes, correspondant aux deux périodes de l'empoisonnement. Dans une première période, les phénomènes d'excitation dominent ; les malades ont de l'agitation, des douleurs de tête violentes, des crampes et des convulsions.

Les pupilles sont rétrécies ; la vue est souvent troublée. Il y a du ténesme vésical et rectal. Souvent, la sécrétion salivaire est exagérée.

Dans une seconde période, les phénomènes de dépression nerveuse font leur apparition. Les malades tombent dans le collapsus et se refroidissent. La peau se couvre de sueurs visqueuses, parfois de taches violacées. La conscience s'altère, Les membres sont dans la résolution. La mort arrive dans le collapsus en l'espace de deux ou trois jours.

Les enfants sont particulièrement sensibles au poison des champignons ; les accidents évoluent chez eux avec une rapidité extraordinaire. Chez les enfants, le collapsus peut être la seule manifestation.

Nous avons dit que la muscarine produit l'arrêt du cœur ; on comprendra donc que cet organe est un de ceux qui ressentent le plus vivement l'action des champignons toxiques. Les phénomènes cliniques qui traduisent les troubles du cœur sont un affaiblissement extrême des battements qui peuvent cesser d'être perceptibles. Il n'est pas rare d'observer des lipothymies et des syncopes mortelles.

Quand le diagnostic est incertain, quand on n'a pas la preuve que les champignons absorbés étaient vénéneux, il n'en faut pas moins, en présence des moindres accidents, agir comme si on avait cette certitude.

Le traitement doit donc toujours être très énergique. Il est d'ailleurs le même que dans presque toutes les intoxications aiguës : évacuation de l'estomac, administration de stimulants diffusibles. Mais il existe un antidote ou pour mieux dire un antagoniste puissant de la muscarine, c'est l'atropine. On sait, en effet, que la muscarine n'arrête plus le cœur des animaux qui sont soumis à l'action de l'atropine ; bien plus, chez les animaux intoxiqués par la muscarine, le cœur, très affaibli, reprend sa régularité et sa puissance de contraction quand on leur fait une injection sous-cutanée d'atropine. On ne devra donc pas hésiter à agir de même chez les sujets empoisonnés par les champignons. M. Richardière propose la formule suivante :

Sulfate d'atropine...........	0 gr. 01 centig.
Eau de laurier-cerise.......	20 gr.

Chaque seringue de Pravaz contient ainsi un demi-milligramme d'atropine ; on en injectera d'abord la moitié, puis, au bout de quelques minutes, si le cœur ne reprend pas de force, la seconde moitié, et même, dans les cas graves, on peut injecter trois quarts de milligramme.

CHIRURGIE PRATIQUE

De la cocaïne. Son emploi pratique en chirurgie.

I

Depuis sept ou huit ans la cocaïne a détrôné tous les anesthésiques locaux. Les procédés anciens, mélanges réfrigérants, pulvérisations d'éther, qui n'étaient applicables qui dans des cas très restreints, ont été abandonnés par beaucoup de chirurgiens ; le chlorure de méthyle, dont M. le Dr Bailly (de Chambly) a indiqué un mode d'administration si heureux pour l'anesthésie locale, n'a même pas trouvé grâce devant les partisans de la cocaïne.

Celle-ci, d'abord employée par les laryngologistes, a remplacé chez les dentistes le protoxyde d'azote, est passée dans le domaine de l'oculistique, puis est entrée de plein pied dans la chirurgie. M. le Dr Reclus et ses élèves l'ont maniée avec un rare bonheur, car dans une discussion récente à la Société de chirurgie, cet habile chirurgien déclarait avoir fait depuis cinq ans 1600 opérations en utilisant la cocaïne sans avoir eu d'accidents graves à déplorer. A maintes reprises depuis cette époque il a publié ou fait publier des travaux dans lesquels il s'est efforcé de faire ressortir les avantages de cet alcaloïde et de donner son mode d'emploi. La plupart des chirurgiens l'ont imité et l'on a pu dans bien des circonstances, remplacer le chloroforme par des injections intradermiques de chlorhydrate de cocaïne pour mener à bien non seulement des opérations courantes de petite chirurgie, mais encore des opérations qui relèvent de la grande chirurgie.

Ce procédé devait séduire les praticiens qui voyaient là la possibilité de supprimer un aide parfois difficile à trouver pour remplir la mission délicate de donner le chloroforme, aussi l'emploi de la cocaïne s'est-il généralisé ; mais avec la généralisation sont arrivés quelques revers, quelques cas de mort d'abord peu nombreux sans doute, survenus, soit sous l'influence d'une dose trop considérable de cocaïne, soit chez des malades présentant des tares organiques, mais donnant à réfléchir avant de l'appliquer inconsidérément ; puis de nombreuses alertes. Ces dernières peuvent être négligeables dans les grands services hospitaliers où l'on est toujours prêt à parer aux accidens de ce genre, mais tel n'est point le cas, lorsqu'un médecin vient d'opérer *seul* dans sa clientèle après avoir rassuré la famille et assuré à son malade qu'il ne sentirait rien et qu'il ne se passerait rien de fâcheux.

Un cas de mort s'est produit récemment dans le service de M. le Dr Berger, à l'hôpital de Lariboisière dans les circonstance suivantes que nous rapporterons brièvement, d'après M. Berger lui-même. Un homme encore jeune se présente porteur d'une hydrocèle vaginale d'un moyen volume ne communiquant pas avec le péritoine ; on le traite par l'injection iodée précédée d'une injection d'une solution de cocaïne à 1/50 ; la quantité de solution injectée est de la valeur d'une cuillerée à soupe. Au bout d'un quart d'heure le malade se lève, quitte la salle, mais ne se sentant pas bien, revient bientôt ; on le couche, il tombe dans un état comateux interrompu par des crises convulsives étendues à tout le corps ; les pupilles sont dilatées ; la face est pâle ; le pouls agité à 130. Un quart d'heure après, syncope cardiaque à laquelle succombe le malade malgré la respiration artificielle et tous les autres moyens employés.

Ce cas, rapporté à la Société de chirurgie, a été le point de départ d'une discussion fort intéressante à laquelle ont pris part MM. Reclus, Labbé, Lucas-Championnière, Quenu, Schwartz, Reynier et Pozzi et d'où s'est dégagée cette conclusion : c'est qu'il importe de baisser le titre des solutions courantes et d'injecter une dose de cocaïne moins considérable qu'on ne le faisait jusqu'ici.

En principe, on ne devra cocaïniser son malade qu'autant qu'on le jugera nécessaire pour le malade ou pour le médecin. On devra s'efforcer de lutter tout d'abord contre la pusillanimité de certains malades qui réclament l'anesthésie pour l'ouverture d'un furoncle ou un abcès superficiel. Chez les enfants, la cocaïne est bien supportée, mais on aura tout bénéfice à conserver le chloroforme dans la plupart des cas, l'administration du chloroforme étant chez eux très facile et très bénigne ; peu de chirurgiens d'adultes n'ont pas eu à enregistrer de cas de morts par le chloroforme, tandis que, à notre connaissance, les chirurgiens d'enfants n'ont pas eu à noircir de ce fait leurs statistiques. Chez les enfants l'immobilité nécessaire est presque impossible à obtenir sans deux aides ; le chloroforme les supprime chez les adultes. Quand le médecin aura jugé utile de se servir de la cocaïne, il devra, comme avant l'administration du chloroforme, ausculter avec soin le cœur et examiner l'urine, et dans le cas de lésion cardiaque ou rénale, redoubler de prudence.

II.

Quelles sont les opérations justiciables sans conteste de la cocaïnisation ?

En *laryngologie*, la cocaïne est un précieux auxiliaire. La solution à 2 pour 100 assure la tolérance de l'arrière-gorge au miroir et aux instruments, insensibilise la glotte et facilite l'extraction de corps étrangers et l'excision des polypes. On s'en servira de la façon suivante : un pinceau de blaireau monté et courbé à angle obtus comme les pinceaux porte-topiques du larynx, sera trempé dans la solution et porté sur le pharynx et l'arrière-gorge ; au bout de deux minutes l'insensibilité sera suffisante.

Pour les *opérations sur les yeux*, on projettera entre les deux paupières deux ou trois gouttes de cette même solution ; on observe tout d'abord une légère irritation conjonctivale qui cesse au bout d'une minute ; trois minutes après, on renouvellera l'instillation et la cornée devient presque insensible. Suivant l'opération à pratiquer, on fera de la sorte de trois à cinq instillations à trois minutes d'intervalle pour obtenir l'anesthésie complète qui peut durer pendant un quart d'heure. Cette pratique rendra surtout service dans la petite opération courante qui consiste à extraire les corps étrangers de l'œil, opération réellement difficile et pénible pour le malade sans anesthésie, surtout lorsqu'il faut gratter avec une plume d'oie ou l'aiguille à cataracte la surface cornéenne afin d'en retirer le corps étranger.

Pour l'*extraction des dents*, des molaires, des racines, on aura recours à l'injection avec la seringue de Pravaz de chaque côté de la dent à extraire. Une seringue de la même solution à 2 pour 100 sera injectée en deux piqûres ; l'aiguille est d'abord enfoncée dans la gencive, une certaine quantité de liquide sera poussée avec le piston et, au fur et à mesure que l'on retirera l'aiguille, on poussera le piston pour laisser de la cocaïne sur tout son trajet. Pour l'extraction de la dent de sagesse, on se servira plus volontiers du chloroforme.

Pour les *collections purulentes superficielles*, panaris, abcès, phlegmon circonscrit, la cocaïne est inutile ; un léger stypage, à la rigueur, si l'on est forcé par les circonstances d'éviter la douleur du bistouri, sera suffisant. Le temps important dans ce cas consistant surtout à faire sortir le pus par des pressions bien conduites des tissus infiltrés ; nous ferons une exception pour les anthrax

volumineux dans lesquels on fait une double incision cruciale avec le bistouri ou le thermocautère et où parfois on résèque une portion plus ou moins considérable des tissus malades. Rappelons à ce sujet, comme les anthrax ont pour siège fréquent la nuque, que certains auteurs ont soutenu que les injections cocaïniques étaient plus dangereuses à la tête qu'aux extrémités. La même remarque est applicable pour les cancroïdes des lèvres, les loupes du cuir chevelu, dont l'ablation se fera avec la plus grande facilité après anesthésie par la cocaïne.

On aura tout avantage à se servir des injections de cocaïne pour opérer les abcès de l'aisselle, les adénites aiguës, les abcès froids, les ganglions caséeux, les hématomes, les lipomes, les fibromes et les hygromas. Toutes ces affections, malgré leur diversité, rentrent, au point de vue opératoire, dans le même ordre. Elles réclament en effet dans un premier temps une incision d'une certaine étendue, qui a besoin d'être faite avec netteté et précision ; celle-ci sera indolore après cocaïnisation et donnera confiance au malade pour permettre à l'opérateur de faire, dans un second temps, avec le doigt ou la curette, les manœuvres nécessaires ; le diagnostic de ces affections peut toujours être suffisamment éclairci pour que l'on n'ait point de surprise, après l'incision, et pour que la durée de l'intervention ne dépasse pas une dizaine de minutes.

Dans les *opérations sur les extrémités*, l'usage de la cocaïne trouve encore son indication. Telles les amputations, désarticulations des doigts, des orteils, résections de métatarsiens, à la condition toutefois que l'on soit sûr de sa main et que l'on puisse opérer sans hésitation, et sans reprises. Dans ces cas, on s'aidera de l'hémostase préventive par la bande d'Esmarch, que l'on placera avant de faire les piqûres de cocaïne sur le trajet de l'incision. Dans les caries osseuses, les tuberculoses des os du pied et de la main, l'examen attentif de l'étendue des lésions devra précéder plus que partout ailleurs l'intervention, et il est bon de se rappeler que toujours, dans ces cas, là où l'on croyait n'avoir à faire qu'une opération peu importante, on se trouve en présence de lésions telles qu'on est dans la nécessité de faire des délabrements considérables.

On devra être beaucoup plus circonspect dans l'emploi de la cocaïne quand il s'agit *d'opérations sur la zone génito-anale*. La dilatation anale pour fissures, hémorrhoïdes, ne devra, sous aucun prétexte, être faite après injections de cocaïne, que la dilatation soit pratiquée avec les doigts ou mieux avec le spéculum de Trélat ou le spéculum à quatre valves. Dans ces cas le chirurgien ne faisant pas d'incision, toute la cocaïne est absorbée ; de plus la résolution par le chloroforme est là de toute nécessité.

Pour les fistules anales, lorsqu'il n'existe qu'un seul trajet, on peut, sur la demande du malade, condescendre à cocaïniser la région ; s'il existe des trajets multiples, on donnera la préférence au chloroforme.

Dans l'hydrocèle ou le kyste spermatique la question est aujourd'hui jugée ; les nombreuses alertes signalées par les chirurgiens, le cas de mort de M. Berger doivent faire abandonner l'emploi de la cocaïne ; on en sera quitte pour prévenir son malade qu'il aura à souffrir pendant les quelques heures qui suivront la cautérisation de la vaginale par la teinture d'iode ou le nitrate d'argent fondu.

A bannir également dans l'uréthrotomie interne ce procédé d'anesthésie.

Nous serions peu tenté de renouveler l'expérience qu'ont faite certains chirurgiens d'opérer une castration sous la cocaïne ; nous nous croyons autorisé de la conserver seulement, dans cette zone, pour l'incision, dans certains cas, du périnée à la suite d'infiltration d'urine.

La circoncision chez l'enfant, qui tend à devenir de plus en plus rare depuis la vulgarisation de la dilatation préputiale, sera faite sans chloroforme. Chez l'adulte, si on veut se servir de cocaïne on opérera de la façon suivante : piqûre sur la ligne médiane du prépuce, en introduisant l'aiguille entre peau et muqueuse. Injection d'une demi-seringue de la solution à 2 °/° en ayant soin d'enfoncer peu à peu l'aiguille jusqu'au point où s'arrêtera l'incision et de projeter la cocaïne au fur et à mesure. Après trois minutes, section avec des ciseaux jusque près de la couronne du gland, on plonge alors l'aiguille au niveau du frein et, la dirigeant d'abord d'un côté, puis de l'autre, sur le trajet des sections obliques qu'on va faire de chaque côté pour rejoindre le frein, on injecte encore 0 gr. 04 centigrammes entre peau et muqueuse.

Nous laissons de côté toutes les opérations de gynécologie que nous croyons peu justiciables de la cocaïne, quoique l'on ait publié des cas de curettage utérin, d'opérations d'Alquier-Alexander, voire même de laparotomies faites par ce procédé. Une plume plus compétente que la nôtre en ces matières tracera un jour, à cette place, les indications de la cocaïne en obstétrique et gynécologie, et appréciera la valeur de cette anesthésique dans tout ce groupe d'opérations un peu spéciales.

Plus importante est la question de la *kélotomie*. Là deux cas : ou bien, on se trouve en face d'une hernie étranglée chez un malade jeune, résistant, chez qui on profitera de l'occasion de la kélotomie pour faire la cure radicale, opération rendue longue, difficile et délicate, à cause de la dissection du sac, ou bien le malade, vieux déjà, dans le collapsus presque algide, ne pourra supporter qu'un minimum d'intervention, le débridement et la rentrée de l'intestin dans l'abdomen ; dans le premier cas, on administrera du chloroforme ; dans le second cas, on opérera sans anesthésie ou on pourra encore se servir de cocaïne.

Dans les opérations d'urgence rentrent encore les *ligatures d'artères*, pour lesquelles on a proposé l'anesthésie préalable par la cocaïne. Or, d'après celles que nous avons vu faire par des chirurgiens exercés, d'après les ligatures que nous avons faites, nous avons acquis cette convicton que sur le vivant une ligature, quelque facile qu'elle puisse se présenter, malgré l'apparence d'opération bien réglée qu'elle comporte, une ligature donne toujours lieu à des tâtonnements et à des longueurs incompatibles avec l'anesthésie cocaïnique.

En dehors de ces opérations, citerons-nous l'opération de l'anus iliaque dans le cancer de rectum, mais on ne saurait dépasser cette limite. — On a enlevé des seins ; on cite un médecin ayant fait ainsi une amputation de jambe, un qui a tenté une amputation de cuisse. Ce sont là des expériences vaines ; car il faudrait, pour analgésier un champ opératoire aussi vaste, des quan-

tités énormes d'alcaloïde et il est prudent de ne point dépasser 0,10 centigrammes.

Notons enfin que l'action anesthésiante locale est des plus variables suivant les sujets et qu'une même dose de même solution de cocaïne, injectée dans la même région, chez des sujets différents produit des effets non comparables.

III

Mode d'emploi

La cocaïne peut s'employer dans le but d'obtenir l'anesthésie, sous trois formes : en *badigeonnages* (pharynx, larynx), en *instillations* (yeux), en *injections*.

La solution dont on se servira sera préparée avec les mêmes soins que ceux que l'on prend pour la préparation du chloroforme dit anesthésique, c'est-à-dire avec un produit chimiquement pur. Le chlorhydrate de cocaïne est le sel le plus employé. La solution dont on se servira sera au taux de 2 %. Elle se conserve difficilement. Au bout de peu de jours, on voit, malgré toutes les précautions usuelles pour la préserver de toute altération, se développer des algues ; aussi devrat-on la renouveler fréquemment.

Elle peut encore être altérée par la présence de l'hygrine et de l'ecgonine ; mais on est certain qu'elle est parfaitement pure, si, après l'avoir traitée à froid par l'acide sulfurique concentré, elle reste limpide ; si elle se colore, le sel est altéré. M. Reclus a proposé récemment, pour assurer sa conservation, l'addition d'une faible quantité de sublimé et il recommande la formule suivante :

Chlorhydrate de cocaïne....	0 gr. 20 centigr.
Sublimé..................	0 gr. 002 milligr.
Eau distillée...............	10 gr.

On fera sur la ligne où l'on désire pratiquer l'incision, suivant l'étendue de celle-ci, trois ou quatre piqûres déposant dans l'épaisseur du derme sous forme de traînée la substance injectée ; la peau blanchit au bout de trois minutes ; cette modification indique que la surface est anesthésiée. On n'injectera jamais plus de 10 centigrammes au maximum.

La seringue de Pravaz sera avec avantage remplacée par la seringue de Straus, dont le piston est entouré de moelle de sureau qui ne s'altère pas comme le cuir ; il sera bon d'avoir une seringue spécialement destinée à cet usage, munie d'aiguilles un peu plus longues que ne sont celles des seringues ordinaires pour éviter la multiplicité des piqûres. On tiendra cet instrument dans un état d'asepsie parfaite et, avant de s'en servir, on fera passer un centimètre cube de sublimé dans l'appareil.

Le malade sera débarrassé de tout lien, comme lorsqu'on administre le chloroforme, et toujours, autant que possible, placé dans la position horizontale.

On ne fera l'injection de cocaïne qu'après avoir savonné, rasé, brossé, passé à l'éther et au sublimé, la région sur laquelle on doit opérer.

Enfin, on se tiendra sur ses gardes si l'on a affaire à des vieillards, des cardiaques, des nerveux ou des débilités.

Malgré toutes ces précautions, il peut se produire des *phénomènes d'intoxication*, plus ou moins graves. Celle-ci se manifeste par de la pâleur de la face, des sueurs froides, des battem[ents] du cœur, une respiration fréquente et superfici[elle], dilatation de la pupille, angoisse précordi[ale], des vertiges, des nausées, des vomissements, u[ne] perte complète de connaissance avec un sen[ti]ment de fin prochaine, en un mot, collapsus vois[in] du coma. Enfin des convulsions toniques et c[lo]niques, partielles ou généralisées, avec tout le co[r]tège des symptômes qui accompagnent ordin[ai]rement les convulsions : cyanose de la face, dys[p]née, petitesse du pouls. Il faut donc se trouv[er] prêt à lutter contre ces accidents. Les boissons [al]cooliques, le café, la révulsion sur la région p[ré]cordiale sont les moyens les plus à portée en [cas] d'alerte ; on a préconisé aussi les inhalations [de] nitrite d'amyle et l'administration de la caféin[e].

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur le traitement chirurgical de la péritonite aiguë par la laparotomie,

Par M. le Dr E. Bompard, médecin en chef de l'hôpi[tal] général de Vitry-le-François.

En présence des insuccès constants fournis p[ar] le traitement médical dans la péritonite aig[uë] généralisée, il était permis de se demander si [le] traitement chirurgical, qui consisterait à ouvr[ir] l'abdomen et à traiter le péritoine comme on trai[te] les autres séreuses enflammées — la plèvre da[ns] la pleurésie purulente, les séreuses intra-artic[u]laires dans les arthrites aiguës suppurées — n[e] donnerait pas des résultats plus favorables.

L'idée de débarrasser l'abdomen de produi[ts] septiques fournis par le péritoine enflammé, e[st] loin d'être neuve, puisque Soranus d'Ephèse l'[a] émise « pour éloigner, dit-il, du corps le pus co[r]rompu ».

Mais, jusqu'à ces dernières années, la plupa[rt] des chirurgiens qui ont professé la même opinio[n] se sont bornés à conseiller l'opération, mais san[s] oser la pratiquer.

Pour arriver à cette action chirurgicale auda[]cieuse, il a fallu les progrès immenses réalisé[s] en ces dernières années, grâce à la méthode anti[]septique, nous montrant que la laparotomie fait[e] dans de bonnes conditions et avec les précau[]tions minutieuses que l'on observe dans la chi[]rurgie abdominale, n'avait pas toute la gravit[é] qu'on lui attribuait.

Je ne veux pas, dans cette très courte note faire l'histoire du traitement chirurgical de la ou plutôt des péritonites. Je rappellerai seule[]ment que la laparotomie a d'abord été tentée ave[c] un certain succès dans les formes chroniques e[t] tuberculeuses, dans les péritonites localisées.

Mais, l'idée de l'intervention par le bistouri dans les péritonites franchement aiguës, est beau[]coup plus récente : les observations en sont en[]core rares.

Je ne connais, quant à moi, en France, que celles publiées au Congrès de chirurgie en 1889, par M. le Dr Bouilly, qui a présenté 12 cas de périto[]nites *aiguës, septiques, infectieuses*, traitées par la laparotomie.

Ces 12 cas peuvent se décomposer ainsi : 1 cas de péritonite traumatique.

4 cas de péritonites ayant pour cause une lé[]sion d'un viscère abdominal ;

6 cas de péritonites puerpérales ;

1 cas de péritonite par rupture de l'utérus et de la vessie pendant l'accouchement.

Les résultats se répartissent comme il suit : péritonites septiques non puerpérales, 5 cas : 4 succès, 1 mort ;

Péritonites puerpérales 6 cas : 2 succès, 4 morts ;

Péritonite avec rupture utérine et vésicale 1 cas, 1 mort ;

Soit 6 succès sur 12 cas.

La proportion est donc en bloc de 50 pour 100. Certes, les résultats sont encore médiocres, mais si l'on veut bien réfléchir que, avec le traitement médical, la mort est toujours, dans ces cas-là, le dénouement ; avoir osé agir est déjà un progrès.

J'ai cru devoir, moi aussi, apporter ma petite pierre à l'édifice, et c'est pourquoi j'ai l'honneur de vous communiquer les deux observations suivantes :

I

Le 13 août 1891, M. C..., cultivateur à Merland, âgé de 46 ans, vient me consulter dans mon cabinet pour un malaise datant, dit-il, de 3 à 4 jours. — Coliques légères, langue saburrale, perte d'appétit, léger mouvement fébrile. Prescription : 30 grammes d'huile de ricin, tisane amère, repos.

Dans la nuit du 15 au 16 août, à 1 h. du matin, on vient me chercher, le malade ayant, disait-on, des coliques telles qu'on craignait pour sa vie. A mon arrivée, je le trouve pâle, couvert d'une sueur froide, le pouls petit, serré, le ventre extrêmement douloureux à la pression du côté droit, et légèrement ballonné Il avait pris sa purgation la veille, et avait été à la selle trois ou quatre fois. Il s'était couché le soir assez bien portant : mais, au milieu de la nuit, en se retournant dans son lit, il avait ressenti brusquement une douleur atroce dans le flanc droit, lui donnant nettement la sensation d'une déchirure. Je prescris une potion calmante, et l'application de 12 sangsues *loco dolenti*. A 2 heures de l'après-midi, le 16, je revois le malade : le ventre météorisé peut à peine être exploré, le moindre attouchement arrachant des cris au malade ; pouls petit à 130, vomiturітions fréquentes.

Le diagnostic n'était pas douteux, et tout traitement médical me paraissant absolument inutile, je propose la laparotomie qui est acceptée et pratiquée quelques heures après, avec l'aide de mon collègue, M. le Dr Mongin, et M. Pécheux, élève de l'école militaire de Lyon.

Le malade étant anesthésié avec le chloroforme, je pratique sur la ligne médiane de l'abdomen une incision de 15 centimètres, s'étendant de l'ombilic au pubis, et j'arrive bientôt sur le péritoine. Les anses intestinales distendues par le gaz sont agglutinées et ont contracté, par l'intermédiaire du péritoine, avec les parois abdominales, des adhérences que je romps avec une certaine difficulté. Le péritoine ouvert, je porte la main dans la fosse iliaque droite, et je dévide, ne sachant pas si je ne trouverais pas un étranglement ou une perforation quelconque, des anses intestinales rouges, tomenteuses, recouvertes de fausses membranes récentes. Le petit bassin est remplie de sérosité purulente : j'essuie avec soin les anses intestinales à l'aide de compresses de gaze imbibées d'une solution de sublimé au 1/1000, et avec ces mêmes compresses, j'étanche autant que possible toute la sérosité du petit bassin. J'avais à lutter contre la sortie en masse des intestins, et l'absence d'aides plus nombreux m'empêchait de faire un lavage que j'aurais désiré être plus complet. La toilette de l'intestin et du péritoine achevée, je fais une suture profonde au catgut et une superficielle avec de la soie au sublimé. Je ne mets pas de tube à drainage, mais je laisse à la partie inférieure de la plaie une ouverture suffisante pour donner issue aux liquides qui devront s'écouler. Pansement antiseptique à l'iodol et à l'ouate sublimée. L'opération a duré en tout 40 minutes.

Le 17, le malade ne ressent aucune douleur : le pouls est plein et bat 120 fois par minute ; le ventre, toujours un peu ballonné, n'est presque pas douloureux à la pression. Les vomituritions ont cessé ; pas de selles.

Prescription : bouillon et lait glacés — vératrine, hyosciamine et arséniate de strychnine, un granule de chaque toutes les 1/2 heures.

Le malade passe une nuit excellente.

Le 18, il a rendu par l'anus beaucoup de gaz, accompagnés chaque fois d'un peu de liquides. Pouls à 100. Langue humide, état général excellent, ventre presque souple et indolore. — Mêmes granules, toutes les 2 heures seulement. Bouillon et lait glacés.

Le 19, deux selles copieuses liquides. On cesse l'emploi des granules. Il s'écoule par la plaie une grande quantité d'un liquide ayant une odeur stercorale infecte, qui me force à renouveler le pansement.

Le 20, l'état du malade continue à être satisfaisant.

Le 21, selle moulée. Pas de douleurs, pouls à 92. Le bandage est sali par du pus sans mauvaise odeur. J'introduis un tube en verre dans l'extrémité inférieure de la plaie, et je fais un lavage que je renouvellerai tous les deux jours, avec une solution de sublimé au 1/1000.

Les 22, 23 et 24 août, même état. Le malade qui n'a pas été à la selle depuis le 21, prend une cuillerée à soupe de magnésie anglaise, qui reste sans effet.

Le 25, lavement d'eau tiède additionnée de mélasse. Au bout de quelques instants, débâcle considérable. Depuis ce moment, les selles deviennent quotidiennes.

Le 28, je retire trois fils — pouls à 88.

Il n'y a presque plus de suppuration.

Dès lors, la cicatrisation marche rapidement, et trois semaines après l'opération, le malade était complètement guéri.

Quelle a été, dans ce cas, la cause de la péritonite ? Le champ reste ouvert aux hypothèses ; mais, quant à moi, je crois que le point de départ a été une appendicite ayant occasionné d'abord une péritonite circonscrite, et provoqué des adhérences de l'intestin avec la paroi abdominale. En se retournant brusquement dans son lit, il s'est produit une rupture de ces adhérences — le malade, comme je l'ai dit plus haut, accusait parfaitement une sensation de déchirure — et la péritonite s'est alors généralisée, en prenant une marche suraiguë.

Je ferai remarquer, en terminant, que sitôt l'opération terminée, les accidents ont cessé, et que, pour ainsi dire, la maladie a été immédiatement jugulée.

II

Péritonite aiguë compliquée de pleurésie. Laparotomie et thoracentèse. Guérison.

Le 28 septembre 1891, le nommé B. (Georges), âgé de 27 ans, cultivateur à la ferme des Aires, commune de Jasseines (Aube), passe une partie de la journée à la pêche, plongé dans l'eau jusqu'à mi-corps.

Dans la nuit du 1er au 2 octobre, vers 4 heures du matin, il est pris brusquement d'une douleur très violente s'irradiant dans tout l'abdomen, mais ayant son maximum à gauche. Vomissement bilieux.

M. le Dr Mosmant, de Dampierre-sur-Aube, prescrit une injection de morphine et un cataplasme laudanisé sur le ventre.

A midi, même état. Seconde injection de morphine, bain tiède prolongé. La douleur paraît s'apaiser.

Le 3, dans la matinée, les douleurs reparaissent plus violentes, ventre météorisé, pas de selles, pas d'émission de gaz par l'anus.

Pouls à 113. Température axillaire 38°8. Douleur très vive dans l'épaule gauche. Prescription : Calomel à doses fractionnées ; 12 sangsues sur l'abdomen.

Le 4, pouls à 110. T. 38°6. La douleur semble avoir diminué, mais persiste plus à gauche qu'à droite ; vomissements.

On continue le calomel et on fait sur le ventre une friction avec de l'onguent napolitain belladoné.

Le 5, les douleurs sont plus vives, l'état général paraît devenir mauvais, point de côté à gauche, toux sèche. Vomissements.

Le 6, M. le Dr Mosmant m'appelle en consultation : l'état du malade est sensiblement le même que la veille : seulement la dyspnée a augmenté considérablement. Nous constatons, outre la péritonite, un épanchement pleurétique à gauche.

Quelques heures après, avec l'aide de M. le Dr Mougin, je pratique la laparotomie. Incision de 12 centimètres sur la ligne blanche. Issue d'environ 1/2 litre de liquide séro-purulent, adhérences nombreuses du péritoine. Les intestins rouges, tomenteux, sont recouverts de nombreuses fausses membranes qui, lorsqu'on les enlève, laissent à nu une surface saignante. La péritonite est plus marquée à gauche qu'à droite.

Lavage de la cavité abdominale avec la solution de sublimé à 1/1000 : les anses intestinales sont essuyées doucement avec des compresses de gaze trempées dans la solution de sublimé, et débarrassées des fausses membranes. 3 plans de sutures : un profond au catgut ; un moyen avec 3 fils d'argent et un superficiel à points serrés avec du crin de Florence. Drain à l'angle inférieur de la plaie. J'applique sur l'incision un pansement avec la pâte de Socin au chlorure de zinc, et je couvre le ventre avec une épaisse couche d'ouate.

Le 7, le pouls est à 93.

Le 9, le pouls est à 88, le bandage taché par le liquide qui s'écoule par le drain est renouvelé.

Le 10, le pouls est à 80 et la température à 37,6. Selle un peu diarrhéique.

Le 12, je retire le drain et 2 fils d'argent et la moitié environ des crins de Florence.

La dyspnée est toujours assez considérable : l'épanchement pleurétique n'a pas diminué. Vésicatoire en arrière du thorax et 1 gr. 50 de caféine à prendre en 3 fois dans la journée.

Le 16, j'enlève les 2 autres fils d'argent. Pansement à l'aristol.

Le 20, tous les fils sont retirés. La dyspnée continuant, je pratique la thoracentèse et je retire environ 250 gr. de liquide.

Le 26, la cicatrisation de la plaie abdominale est complète.

Cinq semaines après, le malade était complètement guéri.

Dr Bompard.

BULLETIN DES SYNDICATS

Les syndicats médicaux à Paris.

Leur opportunité vient d'être compendieusement discutée à la société médicale du VIe, présidée par le Dr *Leloir*. Deux honorables confrères, MM. *Genesteix*, rapporteur, et *Verchère*, ont rompu des lances contre le syndicat. Il faut s'associer, ont-ils dit ; la loi va nous fournir un mode d'association avantageux pour la défense de notre dignité et pour celle de nos intérêts ; gardez-vous bien d'en faire usage. Dans des temps reculés toutes les professions vivaient en confréries ; leurs membres se prêtaient aide et assistance, et elles étaient devenues si puissantes que la révolution les supprima. Alors l'individualisme prévalut et, chacun tirant de son côté, on constata des excès de tout genre. Témoins les escrocs de haute marque, qu'on vient d'arrêter, disent les journaux. Le législateur reconnaît les inconvénients de l'émiettement des professions, libérales ou non, et il veut les armer contre les écarts de ceux qui les composent et leur permettre de vivre et de défendre leurs légitimes intérêts.

C'est alors que MM. Genesteix et Verchère viennent protester contre les syndicats qui, créés en 1882, il y a dix ans, par le Concours médical, ont déjà parcouru, malgré bien des obstacles à la veille de disparaître, une honorable carrière. Et nous trouvons, dans leur bouche, les arguments ressassés : Comment, nous médecins de Paris, nous allons nous syndiquer, comme les cochers, les épiciers, les marchands de drap et les *médecins de province* ! Mais il y a un abîme entre nous et eux. Leur marchandise est tarifiable et non la nôtre, qui ne se mesure pas à l'aune et ne se débite pas au gramme. Nous ne pesons la bourse qu'avec la balance de notre conscience. Comment un *syndicat* officiel pourrait-il plier à ses décisions cette conscience ! Chaque médecin se hâtera de casser les décisions du syndicat. Le médecin de Paris est foncièrement bon et cédera volontiers au client désirant l'ancien tarif.

Le syndicat fera-t-il grève, au risque de susciter la grève des malades ? Elle répugnerait à la conscience des médecins, cette grève, et on n'a pas osé prononcer ce mot au *Syndicat de la Seine*.

On voudra peut-être, ajoutent MM. Genesteix et Verchère, réprimer l'exercice illégal. Mais nous sommes armés, disent-ils ; n'avons-nous pas nos *sociétés d'arrondissement* et le *conseil général de ces sociétés*, et ne pourrions-nous pas vous citer, au moins, un fait de cet exercice vigoureusement réprimé (Dr Verneuil, de Boulogne). Le syndicat n'aura pas notre prestige ! Il est ouvert à tous ; nous, nous sommes des sociétés fermées, et, par conséquent, notre action présente sécurité et autorité.

Autres arguments : Les sociétés de secours mutuels ont des inconvénients ; seuls, les médecins de ces sociétés peuvent les combattre et non les syndicats ; il en est de même des médecins des compagnies d'assurances, des bureaux de bienfaisance, du service de nuit, etc., intéressés dans ces questions et par conséquent... mauvais juges ! Le bureau du syndicat, désintéressé, ne pourrait les discuter avec fruit. Et d'ailleurs, ajoute M. Genesteix, les rapports avec ces sociétés sont satisfaisants et nous ne voyons rien à y changer. Quand il s'agira d'un *bureau de recouvrement*

d'honoraires que propose le syndicat de la Seine, nous ne le repousserons pas ; mais nous repoussons le tarif, même un tarif à consulter comprenant diverses classes et nous repoussons *le livre noir*, sujet à procès et matière à police correctionnelle. Nous préférons le petit livre noir d'arrondissement, officieux et non officiel.

Nous repoussons également la prétention du syndicat de s'ériger en tribunal, pour juger et apaiser les conflits entre confrères. Le malheureux qui se sera mal conduit sera assez peiné par la désapprobation de sa conscience, punition à laquelle la décision du tribunal syndical n'ajoutera rien.

Le syndicat a en outre la prétention d'empêcher le développement excessif des policliniques, que fréquentent souvent des gens aisés. Cette prétention est attentatoire à la liberté individuelle !

Le tarif minimum nuira aux jeunes confrères, car alors le public s'adressera de préférence aux plus réputés. Si quelques maîtres sont venus au syndicat, ils sont peu nombreux, la plupart anciens maîtres, et *le résultat final est que le syndicat servira à tout le monde* (où serait le malheur ?) surtout aux *meneurs* (c'est un bien gros mot de M. Genesteix), excepté à ceux dans l'intérêt desquels il avait été imaginé. (Nous ne comprenons pas, puisqu'il servira à tout le monde !)

Donc le syndicat est inutile, dangereux et avilissant pour la profession. Le médecin devient un vulgaire fournisseur.

Venons-en à la péroraison de M. Genesteix, qui termine ainsi : « *Nous reconnaissons qu'il faut bien que le médecin vive ; en refusant le syndicat, nous ne vous proposons pas de rester quand même les dupes de votre bon cœur. Mais nous affirmons sans hésitation que nous pouvons tous individuellement tenir tête aux abus avec énergie et dignité, comme nos prédécesseurs. Nous en revenons au seul juge que l'on ne peut ni tromper ni fléchir : la conscience, la meilleure, la plus rassurante garantie de libre et utile défense de vos intérêts moraux.* »

Et c'est pour cela que M. Genesteix conseille de renoncer à une puissante forme d'association ; la conscience, la conscience, voilà l'arme qui suffira !

C'est à ce moment que M. le président donne la parole à M. *Meugy*, secrétaire du syndicat de la Seine. Il répond à toutes les objections du rapporteur. Il dit notamment que si le *Conseil général des sociétés d'arrondissement* suffit à tout, il n'exclut pas le syndicat plus que la Chambre des députés n'exclut le Sénat. Il fait bon marché du nom, pourvu qu'on lui donne la chose. Ah ! M. Meugy, vous aussi ! c'est donc une honte que de se syndiquer !

M. Meugy se fait applaudir, comme le rapporteur, et M. *Verchère* vient à la rescousse. Il proteste d'abord contre son inscription sur la liste du syndicat ; il ne voulait être que membre honoraire ! L'appellation *Association syndicale* lui paraît *formidable*, appliquée à une profession libre et libérale. Exigeants pour le paiement de nos honoraires, nous justifierons les exigences du client. Nous sommes honorés de nos peines ; nous ne sommes pas payés. On ne pourra faire vérifier notre note, comme celle d'un architecte. Nous ne supprimerons pas la concurrence par le tarif. Les riches comme les pauvres en viendront donc à payer le même prix. Nous allons interdire au médecin le désintéressement, souvent apparent, je le reconnais, etc., etc. L'exercice illégal que vous voulez poursuivre, même celui du pharmacien, ne vous porte guère préjudice. Ce qui nous nuit, c'est l'exercice par les confrères malhonnêtes ; ce sont eux qu'il faut poursuivre ; créez *leur livre noir* ; celui-ci sera utile. Créez aussi l'*agence de recouvrement*, mais pour cela il n'est pas nécessaire de donner à votre association le nom *déplorable* ! qu'ont adopté les architectes, les professeurs, les journalistes et qui jure de se trouver juxtaposé au mot médical.

L'allocution de M. Verchère, très émue, est, elle aussi, accueillie par des applaudissements.

M. le Dr Rouillard. Je ne crois pas que le mot de syndicat puisse être reproché à une association médicale. Il n'a rien en lui-même de déshonorant. Les architectes comptent parmi les classes libérales et ils n'ont pas craint de donner ce nom à la société qu'ils ont fondée récemment et qui comprend toutes les notabilités de leur profession. Le Syndicat ne prétend pas imposer un même tarif à tous les médecins. M. Verchère *a parlé en spécialiste*, mais ce sont surtout les médecins de quartier qui ont intérêt à se syndiquer. L'exemple des associations médicales de province montre tous les avantages qu'on peut obtenir par l'union.

M. le Dr Bonnefin. Il n'a jamais été question d'unifier les honoraires. Quand un médecin sera obligé de poursuivre un client, il aura tout avantage à s'adresser au Syndicat.

Aucune société ne peut actuellement prendre en main la cause du médecin d'une façon aussi efficace.

M. Depassé. Les idées de M. Le Baron sont bonnes et généreuses. Ses collaborateurs et lui ne ménagent ni leur temps, ni leur dévouement. Ils ont déjà réussi à réconcilier plusieurs confrères par leur arbitrage officieux. Si les statuts présentent des points défectueux et critiquables on peut toujours les réformer. Si le Syndicat obtient la personnalité civile, le médecin pourra se faire représenter par lui en justice et il fera plus facilement écouter ses plaintes.

M. le Dr Luc. J'ai été également impressionné par l'argumentation des partisans et des adversaires du Syndicat. Il y a des deux côtés des raisons très justes. Dans le Syndicat il y a beaucoup de bon, mais il faudra une grande légèreté de main à ceux qui sont à sa tête. L'avantage du Syndicat sera de jouer le rôle d'un intendant auprès du médecin pour qui les questions d'intérêt sont souvent un cauchemar.

M. le Dr Machelard. Je suis ébranlé par les raisons pour et contre, je demande l'ajournement du vote pour affermir mon opinion.

M. le Dr Dromain. *Je demande qu'on ne vote pas* ; beaucoup des membres du Syndicat me sont sympathiques, mais je n'approuve pas le mot de syndicat, on pourrait peut-être le remplacer par celui d'Association médicale déontologique.

MM. Verchère et Pruvost demandent à déposer des amendements pour atténuer les conclusions de la commission.

M. le Président. Nous avons tous nos opinions faites, on ne pourra les développer plus complètement dans une autre séance.

M. le Dr Genesteix. Je demande le vote immédiat sur les conclusions de mon rapport.

M. le Président. Je consulte la Société pour savoir si elle entend passer immédiatement au vote sur les conclusions du rapport. (*L'Assemblée, consultée, est d'avis de procéder au vote.*)

M. le Président. Les conclusions du rapport sont contenues et résumées dans cette phrase du rapport :

« En fait, le syndicat doit-il exister ? Votre Commission dit non. »

En un mot, la Commission est hostile à la création d'un Syndicat médical.

On procède au vote.

Résultats du vote :

Présents au moment du vote	17
Pour l'adoption des conclusions du rapport	11
Contre	5
Abstention	1

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Le secrétaire : Dr V. Meugy.

M. *Meugy* avait dit à la Société du VIe arrondissement : « Lorsqu'on a proposé la création du conseil général des sociétés d'arrondissement, celle du VIIe l'avait repoussée ; elle est revenue depuis sur sa décision fâcheuse ; faites de même pour le syndicat, réfléchissons, puisque, d'autre part, comme on vient de le voir par la fin de la discussion, plusieurs membres se sont déclarés hésitants. M. Le Coin, dont nous avons signalé, il y a peu de temps, les réclamations au sujet de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance, n'eût-il pas été bien inspiré de surseoir au vote, d'au-

tant plus qu'il n'y avait que 17 membres à l'Assemblée ? Il faudra revenir sur le sujet et le mieux examiner.

COMMENTAIRES.

Nous regrettons que nos honorables confrères, MM. *Genesteix et Verchère*, n'aient pas pris le soin de lire d'abord in extenso ce qui a été dit et publié sur la question des syndicats depuis 1882, époque à laquelle le *Concours médical* a organisé les premières sociétés médicales de ce genre. Ils auraient retrouvé, dans les discussions de cette époque, les arguments qu'ils ont employés et leur facile réfutation.

Nous avons entendu ces objections pendant trois ans à l'*Association générale*, lorsque nous combattions pour lui faire admettre la nécessité des syndicats et leur légitimité. L'Association en fut réduite à accorder aux syndicats son haut patronage. Inutile donc de nous appesantir sur les mêmes arguments ; nous nous contentons de mettre en lumière quelques vérités.

MM. *Genesteix et Verchère* sont de ceux que le mot *syndicat* effraye. Si le *conseil général des sociétés d'arrondissement* avait pris sous son patronage les visées du Syndicat, ils n'auraient sûrement pas trouvé de si nombreuses objections. Se syndiquer comme des maçons, comme des cochers d'omnibus, voilà surtout ce qui les touche. Ils tombent dans la même ornière que M. le Dr *Philbert* qui, au lieu de former le syndicat des sociétés d'arrondissement, a préféré, en unissant ces sociétés, donner à cette organisation que nous prêchions le nom de conseil général. Ce conseil n'est pas général, puisque plusieurs sociétés n'y sont pas représentées et que, jusqu'à ce jour, et en trois années, les actes de ce conseil sont bien platoniques et bien peu nombreux.

MM. Genesteix et Verchère préféreraient aussi, au syndicat, la *Société de déontologie*, proposée, sans succès, par M. le Dr *Lacharrière*. Nous avons assisté à sa tentative, regrettant, alors comme aujourd'hui, qu'on voulût la chose, mais pas le nom.

Ce préjugé nous en rappelle un autre, heureusement disparu. Lorsqu'*Amédée Latour* voulut créer l'Association générale, *Société de prévoyance et de secours mutuels*, les Genesteix et Verchère de 1860 lui disaient : Comment, nous médecins, nous réunir en société et cotiser comme des cordonniers, des vidangeurs, etc... fi donc! et, trente-deux ans après, la société de secours mutuels des médecins comprenait 8,000 membres et possédait trois millions après en avoir dépensé moitié autant.

Il en sera de même des *syndicats* et quand la loi **de mars 1884** sera légalement applicable à toutes les professions libérales, c'est à l'envi que les sociétés médicales d'arrondissement, les conseils généraux, les sociétés médicales de secours mutuels et autres se débaptiseront et s'appelleront des syndicats. Elles ne sont pas autre chose d'ailleurs. Le nom n'empêche rien et, si nous voulions prendre un exemple, n'est-ce pas un *syndicat* comprenant des milliers de médecins, que ce *Concours médical* qui, en 14 années, a fait : les *syndicats médicaux*, la *Caisse des pensions de retraite de droit des médecins de France*, la *Caisse de prévoyance des assurés sur la vie*, la *Société de protection des victimes du devoir médical*, la *Revision de la législation médicale* ; qui a proposé la création, par l'Association, de l'œuvre de l'*indemnité en cas de maladie*, etc., etc.; qui a fondé deux journaux : le *Concours médical* et le *Bulletin de l'union des syndicats médicaux*?

Si le Conseil général des sociétés d'arrondissement s'était appelé *syndicat*, il n'aurait pas échoué ; il n'aurait pas nécessité la création du *Syndicat de la Seine*, qui fera bien de s'appeler *syndicat* tout court et pas autre chose d'approchant.

N'a-t-il pas d'ailleurs des exemples : nos confrères n'ont donc jamais entendu parler des *syndicats des journalistes* et du *syndicat de la presse médicale* ? Qu'est donc l'*Ordre des avocats*, si ce n'est un syndicat privilégié et toutes les professions libérales, professeurs, architectes, artistes, etc..., sous divers noms, ne sont-elles pas syndiquées ou prêtes à le devenir ? La querelle est puérile. N'est-ce pas puéril, sous prétexte d'assimilation que personne ne fera, de vouloir pour les médecins renoncer à des privilèges considérables que confère la loi de 1884?

Mais passons et venons-en aux autres objections. On ne peut, dit-on, établir des tarifs d'honoraires, à Paris. En province, leur établissement a pour effet général de supprimer les visites à 1 fr., la concurrence au rabais. Quel mal à cela ? Le médecin besoigneux, privé de faire la charité de ses soins, pour cause de budget trop étroit, s'il a vu ses honoraires s'accroître d'un tiers, a pu, dès lors, se montrer moins parcimonieux vis-à-vis du *pauvre honteux*. Dans aucun syndicat de province le tarif n'est obligatoire ; c'est un tarif minimum, à consulter. Il en sera de même à Paris et nos contradicteurs peuvent se rassurer sur le sort des princes de la science. Le tarif ne leur sera pas applicable ; celui qui refusera de passer par leurs exigences s'adressera ailleurs.

Les malades, dit-on, mettront à l'index les médecins syndiqués; d'abord cela ne s'est jamais produit depuis 10 ans et sûrement, à Paris, où les clients d'un médecin ne se connaissent guère, ce concert ne pourra se produire.

L'exercice illégal, disent MM. *Genesteix et Verchère*, porte peu de préjudice aux médecins. Oui, peut-être, à ceux dont la situation est assise ; mais les jeunes, les débutants, trouvent qu'il n'en est pas ainsi ; qu'au contraire, c'est à Paris, plus qu'en province, que l'exercice illégal fleurit et ils voudraient bien, s'il est possible, que cet exercice fût réprimé. Les contradicteurs devraient aussi envisager cette répression au point de vue général de la santé publique, et ils le négligent, en ajoutant, comme M. Verchère, qu'estropié et devenu chronique, dans les mains du charlatan, le patient retombera dans celles des médecins. Pauvre argument, n'est-il pas vrai !

Nos contradicteurs négligent encore un point de vue général : les rapports avec les administrations, les services publics. Ils ne savent pas que dans une grande ville que nous pourrions citer, avant le syndicat, les médecins avaient fait les frais des funérailles de plusieurs de leurs confrères. Les rétributions pour services publics n'atteignaient pas 10,000 francs. Depuis le syndicat et, en peu de temps, grâce aux démarches des syndics, ces rétributions, discutées sans âpreté, se trouvaient portées à 60,000. Maintenant, les médecins de la ville ont conquis une aisance relative.

MM. Genesteix et Verchère prétendent que l'initiative individuelle doit suffire à la répression de l'exercice illégal. Nous les félicitons de leur ardeur personnelle, mais nous connaissons trop les médecins, leurs occupations multiples, leur désintéressement, pour croire à la vertu de cette initiative !

Nous comptons, plus volontiers, sur le droit que la loi de 1884 confère aux syndics, de poursuivre en nom collectif et d'obtenir pour la caisse du syndicat des indemnités. Elles permettront de rétribuer largement l'homme d'affaires chargé de rechercher et de poursuivre l'exercice illégal. Et si, comme ils le disent, nos confrères redoutent beaucoup plus les exploits des charlatans diplômés, qui déconsidèrent la profession, est-ce à l'initiative individuelle plutôt qu'au représentant légal du syndicat que nous pourrons nous fier pour rechercher si ces industriels diplômés n'ont pas un *casier judiciaire*? En vertu de la *loi Chevandier*, on pourra alors leur interdire l'exercice de la médecine, ou des concerts frauduleux avec des industriels de tout genre.

Pourquoi nos confrères croient-ils que les syndicats généralisés à Paris, ne seraient pas capables, par l'intervention de leurs bureaux, de modérer les abus que par la concurrence qu'elles établissent, produisent les sociétés de secours mutuels et les compagnies d'assurances et autres. Ils y parviendront plus sûrement que les médecins isolés. Ont-ils réfléchi aussi à l'avenir que préparent à la profession des faits positifs et dont ils sont témoins chaque jour ? Les ouvriers abusent du médecin par les sociétés de secours mutuels ; les petits commerçants et les employés en abusent lorsqu'ils bénéficient de ces sociétés, si leurs tarifs ne sont pas équitables ; les gens plus à leur aise en mé-

susent lorsque, à titre de membres honoraires, ils veulent avoir le bénéfice des soins médicaux. Quant aux riches, ne peut-on prévoir le jour peu éloigné, où ils s'assureront contre la maladie, risque plus grand que l'incendie ? Si d'autre part les clients se précipitent de plus en plus chez les *spécialistes*, dans les *cliniques* trop ouvertes et les *dispensaires*, que restera-t-il au médecin de quartier ? Il est déjà en déclin ; bientôt il devra émigrer en province pour vivre.

Nous terminerons en félicitant le fondateur du *Syndicat de la Seine*, M. le Dr *Le Baron*, de son initiative et de son ardeur à la tâche, ardue et déjà discutée, qu'il a entreprise. Il est certain que le *Syndicat de la Seine* a besoin, plus qu'un autre, d'apporter une grande prudence dans ses entreprises ; qu'il doit éviter de se perdre dans les détails ; négliger les questions de personnes ; n'introduire aux assemblées que les sujets mûrement examinés par son bureau. Mais il fera promptement son éducation et dès aujourd'hui nous croyons pouvoir solliciter les nombreux *membres du Concours* de Paris de lui porter leur adhésion et leur cotisation et de faire, en outre, une active campagne en sa faveur. La voie ouverte est louable, honorable et profitable pour les médecins. *Syndicat* veut dire *avec la justice, pour la justice* ! Pourquoi MM. Genesteix et Verchère ont-il tant de répugnance à voir les médecins s'enrôler sous un si noble drapeau ?

A. Gézilly,
Vice-président de l'Union des syndicats médicaux.

REPORTAGE MÉDICAL

Le Bal annuel de l'*Association des étudiants* a eu lieu, au Ministère des affaires étrangères, dont les fastueux salons avaient été gracieusement offerts par M. *Ribot*. Le *Président de la République* et *Madame Carnot* ont voulu encourager, par leur présence, les efforts que fait l'Association en vue de se procurer les ressources nécessaires pour l'édification d'un hôtel, dans le quartier latin, où les services de la Société se trouveraient à l'aise. Tout fait espérer que cette grosse entreprise réussira comme a réussi la brillante fête du ministère. C'est ce que nous souhaitons à M. *Devise*, étudiant en droit, président actuel de l'Association.

— Le concours d'agrégation (médecine et médecine légale) s'est terminé samedi par les nominations suivantes :

Paris : MM. Charrin, Gaucher, Roger, Marfan et Ménétrier. — *Bordeaux* : MM. Cassaet et Auché.— *Lille* : MM. Courmont et Devic.— *Montpellier* : MM. Ducamp et Rozier.— *Nancy* : M. Haustalter.— *Toulouse* : M. Rémond.

— *Service de santé militaire.— Réserve et territoriale.* — 257 médecins de *réserve* et 30 médecins de l'*armée territoriale* seront convoqués cette année. Les premiers seront divisés en deux séries, du 16 mai au 12 juin et du 5 septembre au 2 octobre. Chaque série comprendra la moitié des appelés, qui seront ainsi répartis : 26 médecins-majors de 2e classe ; 54 aide-majors de 1re classe ; 178 aides-majors de 2e classe. La territoriale fournira également deux séries : du 16 mai au 29 mai, du 5 septembre au 18 du même mois ; chaque série aura 25 médecins-majors de 2e classe et 250 aides-majors de 2e classe.— Aucune dispense ne pourra être accordée si ce n'est que dans des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations. Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandants des corps d'armées.

— *Statistique de la rage.* — Il résulte d'une statistique faite par la Préfecture de police que la rage a augmenté dans des proportions considérables. Ainsi, en 1890, il y a eu 201 cas de rage et 61 personnes mordues par des animaux enragés ; or, en 1891, le chiffre des cas de rage s'est élevé à 400 et le nombre des personnes mordues par des animaux enragés à 143. Quand donc rendra-t-on obligatoire la muselière ?

— Le Congrès de MM. les délégués des Sociétés savantes de Paris et des départements s'ouvrira à la Sorbonne, le mardi 7 juin 1892, à deux heures précises.

Les journées des mardi 7, mercredi 8, jeudi 9 et vendredi 10 juin seront consacrées aux travaux du Congrès.

La séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, le samedi 11 juin, à deux heures précises.

— L'Ecole dentaire de Paris, située rue Rochechouart, est reconnue d'utilité publique.

— *Arrestation du pseudo-docteur Nelson.* — *Le Temps* (numéro du 7 mars) a reçu de Toulouse la dépêche suivante :

« Hier matin, le service de la sûreté, en vertu d'un mandat du juge d'instruction d'Alger, a arrêté, dans un hôtel où ils étaient descendus, MM. Isaac Kahn, dit docteur Nelson, âgé de trente-sept ans, né à Bordeaux, et de Fornel de Mainzac, âgé de quarante-cinq ans, né à Angoulême, se disant médecin-major de première classe de l'armée territoriale et chevalier de la Légion d'honneur.

Interrogés par le commissaire central, le premier a répondu sans difficulté, exprimant toutefois son étonnement que le juge d'instruction d'Alger connût son véritable nom et son état civil.

Fornel a été plus réservé ; il a montré un diplôme de docteur, délivré au nom de Fornel, par la Faculté de médecine de Paris, le 26 avril 1882, et un diplôme de chevalier de la Légion d'honneur, au nom de Fornel de Mainzac, daté du 20 mai 1884, et une carte de membre du cercle des armées de terre et de mer portant son nom et son titre de médecin-major. La date de naissance n'est pas la même sur ces deux titres.

Nelson a déclaré habiter à Paris, 11, rue Le Peletier : Fornel, se disant docteur de l'institut Nelson, est domicilié, rue des Abbesses, 4.

Après comparution devant le procureur de la République, ils ont été écroués sous prévention d'escroqueries.

Nelson est très connu dans les régions du Midi, où il venait fréquemment exercer sa spécialité de médecin-oculiste à grand renfort de réclames dans les journaux.

Bien que *le Figaro* ait émis quelques réserves au sujet de cette dépêche parce que « l'un des inculpés, M. Nelson, l'oculiste bien connu de la rue Le Peletier, jouit à Paris d'une réputation des mieux établies et que sa situation de fortune semble protester contre l'accusation qui a motivé le mandat », des dépêches ultérieures multiplient au sujet du sieur Nelson et de son associé les

accusations les plus sérieuses. Sans vouloir rien préjuger des résultats de l'enquête judiciaire qui vient d'être commencée, nous nous bornerons à faire remarquer, non sans tristesse, combien deviennent fréquentes les associations d'industriels plus ou moins habiles et de médecins diplômés. Ne se souvient-on pas de l'officier de santé Mathieu (d'Estissac) qui a eu son heure de célébrité et que diverses associations médicales ont essayé en vain de poursuivre parce qu'il était assisté de docteurs en médecine, et n'est-il point opportun de protester encore et toujours contre l'usurpation du titre professionnel de docteur et contre les dénominations dont s'affublent non dans les journaux politiques où le pseudonyme est parfaitement légitime, mais dans les journaux qui ne vivent que de réclames, ceux qui, diplômés ou non, abusent journellement de la crédulité publique ? »

— A *Albertville*, un sieur *Silmet*, rebouteur et conseiller général du canton, avait été condamné à 80 francs d'amende. Des fanatiques du charlatan avaient ouvert une souscription publique pour payer l'amende et lui élever une statue. Le tribunal correctionnel d'abord et la cour de Chambéry ensuite, ont condamné à l'amende la plupart des souscripteurs, à cause de leur protestation contre des abus que la loi de ventose qualifie de *délit* et non simple contravention.

— *Une statue à Renaudot à Paris.* — Voici la composition du comité pour l'érection d'une statue à Paris à Théophraste Renaudot : MM. Jules Claretie, président. Presse parisienne : MM. Hébrard, Mézières, Ranc, Hervé (*Soleil*), Janicot (*Gaz. de France*), Magnard (*Figaro*), Magnier (*Evénement*), Reinach (*Rép. française*), Vacquerie (*Rappel*). Presse départementale : MM. Briere et G. Simon, M. Lockroy, député de Paris. M. Poirier, sénateur de la Seine. M. Levraud, ancien président du conseil municipal ; M. Humbert, membre du conseil municipal ; M. Lamouroux, membre du conseil municipal ; M. Lucipia, membre du conseil municipal. MM. les Prs Brouardel, Charcot, Cornil, Laboulbène ; M. Mairet, doyen de la Faculté de Montpellier, M. Risler, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique. M. Duval, directeur des Monts de Piété. M. Strauss, vice-président, M. Thomas, président du conseil d'administration des Petites-Affiches. M. Gilles de la Tourette, secrétaire général; M. Baudouin (Marcel), secrétaire adjoint, qui représente dans le comité le *Syndicat de la presse médicale.*

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le docteur Caron, de Saint-Servan (Ille-et-Vilaine).

ADHÉSION A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

3606. — M. le docteur Dentu, de Vimoutiers (Orne), présenté par M. le docteur Lepage, de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Vient de paraître, chez E. Flammarion, un remarquable ouvrage de vulgarisation : **La Lutte pour la Santé**, par le Dr E. Monin, secrétaire de la Société française d'hygiène, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique. Avec son grand charme de style, l'auteur passe en revue les questions sanitaires les plus importantes pour les individus et les sociétés. Le succès du nouveau volume de notre confrère s'impose, d'ailleurs, par son actualité seule, l'hygiène passionnant, aujourd'hui, non seulement tous les esprits éclairés, mais les pouvoirs publics eux-mêmes.

Docteur Gabriel Reignier, **Les faux dieux**, comédie en trois actes et en vers, lettre-préface d'Edouard Drumont. — Prix : 2 francs. Paris, A. L. Charles, 8, rue Monsieur-le-Prince, 8.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4, rue Antoine-Dubois, 4

Libraire-éditeur du **« Concours médical »**, la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

La *Société d'Editions scientifiques*, établie sur les bases de la **Mutualité**, a pour principe de partager par moitié, entre les Auteurs et elle, *tout bénéfice* résultant de la vente des ouvrages.

Thérapeutique clinique et expérimentale, par le Dr Quinquaud, médecin des Hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de médecine. In-8° carré de 350 pages environ avec figures. — Prix : 10 francs, net 8 francs franco pour MM. les membres du Concours médical.

Voici comment le Dr Eug. Deschamps résume l'analyse de cet ouvrage indispensable au praticien dans le journal la *France médicale* :

« Telles sont les principales conclusions auxquelles est arrivé le Dr Quinquaud. Elles suffisent à montrer quel soin l'auteur apporte dans ses recherches et l'étendue de ses recherches. Nous voudrions, à propos du diabète, dire comment il précise le dosage du sucre et comment il étudie l'action de divers médicaments, le bicarbonate de soude, l'arsenic, l'antipyrine, l'eau oxygénée, l'action du régime, du vin, des exercices physiques, etc. ; l'espace nous manque pour le faire ; d'ailleurs tout est à lire, tout est à retenir pour le médecin qui ne se contente pas de prescrire tel ou tel médicament dans telle ou telle affection, mais qui veut aussi se rendre compte de l'action de ces médicaments, qui veut savoir comment ils agissent, qui veut en un mot faire une thérapeutique rationnelle. »

Dr Eug. Deschamps.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LES VARIATIONS DE M. LE SÉNATEUR TOLAIN

Comment M. Tolain, rapporteur en 1884, de la loi des Syndicats, au Sénat, peut-il concilier les opinions qu'on trouvera plus loin, dans le compte rendu sténographique, avec ce qu'il disait en 1884. Voici la péroraison de son discours, il y a huit ans.

« *On a cru que la Commission, parce qu'elle s'est servie du mot* Syndicats professionnels, *voulait en restreindre l'application aux seuls ouvriers qui travaillent manuellement, aux ouvriers industriels. Jamais la Commission n'a eu une telle pensée. Elle espère bien, au contraire, que la loi qui vous est soumise est une loi très large, dont se serviront un très grand nombre de personnes auxquelles, tout d'abord, on n'avait pas pensé, les gens de bureau par exemple, les comptables, les employés de toute espèce ; en un mot* toute personne qui exercera une profession, *aura le droit de se servir de la nouvelle législation que vous allez voter.* »

LES SYNDICATS MÉDICAUX
devant le Sénat.

Chers confrères,

Le 21 *mars* 1884, la Chambre et le Sénat faisaient promulguer la loi sur les Syndicats professionnels ; *le* 21 *mars* 1892, juste à huit ans de date jour pour jour, le Sénat a rejeté l'article de la loi Chevandier, voté, sous le précédent ministère, par la Chambre des Députés. Les deux dates nous sont fatales ; la première par omission, des législateurs ; la seconde de propos délibéré et à une voix de majorité.

Quand on a pris à tâche la défense des intérêts de sa profession, si on a, parfois, quelques satisfactions, les déboires ne manquent pas ! Nous voulons faire, mais sans trop de commentaires pour le moment (vu notre disposition d'esprit actuelle, ils seraient trop amers), le bref récit de nos alternatives d'espoir et de déceptions.

Nous apprenions, le vendredi matin 19, que le *Conseil des Ministres* avait décidé que le gouvernement s'opposerait à l'adoption de l'article 14. A deux heures, nous nous rendions au Sénat pour assister à la séance. Les quelques sénateurs, que nous pouvions entretenir de nos préoccupations, les partageaient, craignaient un échec. Mais la discussion s'arrêtait à l'article 11 et comme le Sénat ne siégeait pas le samedi 20, nous avions devant nous quarante-huit heures. Il ne fallait pas songer à réunir le Conseil de direction du Concours et le Bureau de l'Union. Nous jugions alors qu'il était opportun de tâcher de faire revenir M. le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur, des préventions qu'il avait pu concevoir contre les Syndicats médicaux, par la lettre suivante :

Monsieur le Ministre,

Nous avons appris, aujourd'hui seulement, votre intention de combattre l'article 14 de la loi sur la législation médicale, article qui accorde aux médecins, dentistes et sages-femmes, le bénéfice de la loi de 1884 sur les Syndicats.

Il sera discuté lundi. On nous affirme que votre objection essentielle réside dans ce fait que les médecins sont parfois des fonctionnaires et que vous ne pouvez permettre qu'ils puissent se coaliser.

Si j'ai pris la liberté de vous écrire, c'est en qualité de Directeur d'une Société professionnelle : le Concours Médical, qui compte plus de trois mille médecins, et, en outre comme vice-président de l'Union des Syndicats médicaux. Je crois être, dans la circonstance, autorisé à vous soumettre quelques respectueuses observations.

Les médecins, en général, ne sont pas des fonctionnaires et grand nombre d'entre eux ne reçoivent aucune rétribution de l'État, ni des départements, ni des communes.

A ceux-ci vous ne pouvez refuser un droit que la loi de 1884 a conféré à toutes les professions.

A ceux qui seraient des fonctionnaires véritables, un article du code interdit toute coalisation ; donc vous êtes armés vis-à-vis d'eux.

Je pourrais me borner à ces raisons, mais je dois préciser la question. Les très nombreux médecins qui, moyennant un franc par visite, prennent part en qualité d'inspecteurs de la protection des enfants en bas âge, ne sont pas des fonctionnaires. L'honorable sénateur, Monsieur le Docteur Roussel, auteur de la loi de protection, n'a jamais eu la pensée de leur imprimer ce caractère.

Le médecin, lorsqu'il obéit aux prescriptions des lois, en ce qui concerne la déclaration des naissances, celle des décès, l'inspection des écoles, les réquisitions de la justice, et lorsqu'il procède à une constatation médico-légale, etc..., n'est pas non plus un fonctionnaire.

Les médecins des chemins de fer, payés par une compagnie, ne sont pas des fonctionnaires, non plus que les médecins des hospices et des bureaux de bienfaisance, payés par les municipalités et libres de discuter leurs conditions avec elles. Dans tous les cas que je viens d'énumérer, les honoraires des médecins sont réduits à leur plus simple expression.

Vous avez sûrement le projet, Monsieur le Ministre, de donner à l'assistance médicale gratuite le développement qu'elle réclame. Vous allez, dans cette vaste organisation, qui, sous peine d'être mort-née, exige le concours de presque tous les médecins du pays, leur demander leur intervention et des sacrifices considérables. Les conseils généraux ne pourront considérer comme des fonctionnaires les membres de toute une profession. En échange de grands services, on ne peut imposer à tous les médecins ce caractère de fonctionnaires, que, quelque honorable qu'il soit, le corps médical ne pourrait accepter. S'il s'agissait de prémunir l'autorité publique contre les coalisations, bien improbables, d'un certain nombre de médecins, haut placés, détenteurs à un degré quelconque de l'autorité des fonctionnaires, leur situation élevée et l'article spécial du code vous arment bien suffisamment. Il en serait de même pour les rares médecins cantonaux qui existent encore et pour les médecins des enfants assistés.

D'autre part, les nombreux syndicats médicaux créés depuis 1884 ont fait leurs preuves, et, en huit années de fonctionnement, ils n'ont pas donné lieu à la moindre réclamation du gouvernement, qui, au contraire, a souvent demandé leurs avis. Jamais une grève ne s'est produite dans leur sein. S'il s'en est produit une seule, c'est parmi des médecins non syndiqués. Dès lors pourquoi les empêcher de bénéficier de la loi sur les syndicats; puisque, même non syndiqués, ils pourraient faire grève par un simple concert ?

Nous espérons, en conséquence, Monsieur le Ministre, que vous ne voudrez pas à votre arrivée au pouvoir, combattre un article de loi qui accorde à une méritante et très libérale profession le bénéfice du droit commun. Elle est au nombre de celles qui sont les plus fermes soutiens du gouvernement de la République ; elle compte un très grand nombre de ses membres dans les deux Assemblées, et à la Chambre, le seul député-médecin qui ne vote pas avec le gouvernement fait partie d'un Syndicat médical.

Remarquez aussi, Monsieur le Ministre, l'inconséquence qu'il y aurait à accorder aux dentistes et aux sages-femmes, qui ne sont dans aucun cas des fonctionnaires, la faculté de se syndiquer et à la refuser aux médecins, auxquels la nouvelle loi impose, sous des peines graves, des obligations nouvelles telles que la déclaration des maladies épidémiques.

La Société ne cesse de demander et d'obtenir des médecins des sacrifices journaliers, ils feront, à peu près seuls, les frais de l'assistance médicale gratuite. Est-il opportun de prendre contre eux des mesures d'exception qu'aucun acte des syndicats médicaux ne pourrait justifier ? Et s'il se trouvait, par exception, dans les statuts d'une seule de ces sociétés, un article qui pût vous causer quelque appréhension, nous pouvons vous donner l'assurance qu'elle s'empresserait de le modifier.

La rapidité avec laquelle va venir en discussion l'article 14, m'excuse de vous entretenir de nos préoccupations. Je suis certain d'être le porte-parole fidèle de la grande majorité des médecins.

J'espère avec eux, Monsieur le Ministre, que vous lirez avec bienveillance ces réflexions trop concises.

J'aurais eu bien d'autres raisons à faire valoir; mais il vous serait possible de vous entretenir, avant lundi, avec votre collègue, Monsieur le Docteur Chevandier, l'auteur du projet de loi.

Il sait le prix que nous attachons tous à bénéficier de la loi de mars 1884 et il vous donnerait toutes les assurances nécessaires pour vous rassurer sur les actes passés et sur les tendances des syndicats médicaux français.

Veuillez agréez, etc..

En même temps, M. Chevandier, mû par la même pensée et par les mêmes craintes, faisait une démarche personnelle auprès de M. *Loubet* et, dans une longue entrevue, il lui soumettait les considérations les plus propres à le persuader que l'opposition du gouvernement n'était pas fondée et qu'elle pourrait avoir les plus fâcheuses conséquences. Il obtenait une promesse, d'ailleurs tenue par M. le Ministre de l'Intérieur, que s'il faisait quelques réserves pour la seconde lecture, il ne s'opposerait pas, en première, au vote de l'article 14.

En tout cas et pour l'instant, M. Chevandier nous annonçait, le dimanche 20, que le péril qui menaçait la loi était conjuré.

Nous allions, en conséquence sans de trop vives appréhensions, assister, le lundi à 3 heures, à la suite de la discussion.

Nous reproduisons, in extenso, la sténographie :

M. *le président*. « Art. 14. — A partir de la promulgation de la présente loi, les médecins, dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884. »

M. *Tolain*. Je demande la parole.

M. *le président*. La parole est à M. Tolain.

M. *Tolain*. Messieurs, l'article 14 de la loi en délibération a pour but d'autoriser les médecins, les sages-femmes et les dentistes à se constituer en associations syndicales dans les termes prévus par la loi de 1884.

Vous savez, messieurs, quel intérêt je porte à tout ce qui touche au développement des syndicats professionnels, qui ont été institués par la loi de 1884 pour la défense des intérêts économiques, professionnels et commerciaux des différentes industries ; mais j'avoue que, dans le cas présent, alors qu'il s'agit du corps médical, je me suis demandé quel intérêt pouvaient avoir les médecins à se constituer en association syndicale, en syndicat et à se faire donner la personnalité civile. J'ai cherché ces motifs ; j'avoue ne pas les avoir trouvés jusqu'à présent ; et comme concéder la personnalité civile est toujours, à mon avis, une chose assez considérable et assez grave, je voudrais prier M. le rappor-

teur ou l'un des membres de la commission de vouloir bien nous exposer les raisons qui peuvent justifier cette demande.

M. *Griffe*. Il faudrait donner, au contraire, les motifs qui doivent la faire écarter.

M. *Bérenger*. Est-ce que les médecins n'ont pas ce droit en vertu de la loi de 1884 ?

M. *Dupouy*. Cela a été contesté.

M. *Tolain*. Tout peut être contesté. Il ne s'agit pas, à l'heure présente, de savoir s'ils ont ce droit ou s'ils ne l'ont pas ; ce que je demande à la commission, c'est justement de nous dire quelles sont les raisons qui, dans son esprit, militent en faveur de la constitution, par le corps médical, d'un syndicat professionnel.

Ces raisons, je le répète, je ne les ai pas aperçues. Je me trompe peut-être, et, si l'on me donne des arguments sérieux, je suis tout prêt à m'incliner ; mais, bien que partisan du droit d'association, dans la mesure possible et raisonnable, je ne vois aucune espèce de motif pour autoriser la création d'un syndicat professionnel de médecins : il y en aurait même, à mon avis, de très graves contre une disposition de cette nature.

Voilà pourquoi je me permets de demander à la commission d'exposer les raisons qu'on peut invoquer pour autoriser la formation de syndicats professionnels de médecins.

M. *Combes*. Qu'on mette les médecins hors la loi, et qu'il n'en soit plus question !

M. *le rapporteur*. Messieurs, il a paru certain à ceux de nos collègues de la commission qui sont plus particulièrement jurisconsultes que la loi de 1884 ne s'appliquait pas au corps médical.

L'honorable M. Tolain vient de dire que cette loi a surtout été faite dans le but de favoriser les professions qui ont des intérêts commerciaux, des intérêts industriels, économiques ou professionnels.

Eh bien, les médecins échapperaient à cette définition légale ?

Est-ce qu'ils n'ont pas aussi des intérêts professionnels ? est-ce qu'ils ne constituent pas des ouvriers qui, pour ne pas travailler de leurs mains — et encore la pratique de la chirurgie nécessite aussi une intervention manuelle — sont les ouvriers de ce travail spécial, tout d'observation, intellectuel et manuel à la fois, se terminant par les conseils et la prescription de médicaments, travail essentiellement positif approprié à l'un des grands besoins de la société, le soulagement ou la cure des maladies ?

Comme ouvriers aussi, ils ont des intérêts commerciaux et professionnels. Or, pourquoi leur refuser le droit d'association, lorsqu'on l'accorde à toutes les autres catégories d'ouvriers, de commerçants, d'industriels, aussi bien que de patrons ?

M. *Hervé de Saisy*. Je demande la parole.

M. *le rapporteur*. Je puis vous montrer que les médecins ont un intérêt de premier ordre à se constituer en associations. Ils n'ont pas attendu, d'ailleurs, le bénéfice de la loi de 1884 pour le faire, car ils se sont toujours réunis pour discuter entre eux leurs intérêts professionnels, pour défendre leur profession menacée par l'extension du charlatanisme ou de l'exercice illégal.

Ils se sont toujours réunis aussi dans un but plus noble et plus élevé : celui de se constituer en associations charitables pour organiser, par exemple, la médecine des pauvres, mais il leur était souvent difficile de se réunir. L'association générale des médecins de France notamment a demandé la personnalité civile, et je ne sais pas si elle l'a encore obtenue. Et cependant, vous le savez tous, messieurs, cette association, qui comprend tous les médecins de France, et qui a, dans chaque chef-lieu de département, une société locale, cette association fait beaucoup de bien non seulement aux médecins qui tombent dans la misère, mais à leurs veuves et à leurs enfants ; c'est une association charitable et philanthropique entre toutes.

M. *Bardoux*. On lui a refusé la personnalité civile ; elle n'est que tolérée.

M. *le rapporteur*. Elle l'a maintenant.

M. *Bardoux*. Elle n'est pas reconnue d'utilité publique.

M. *le rapporteur*. Quand nous n'aurions que cet avantage dans l'article 14, ce serait déjà beaucoup.

Il y a aussi des questions professionnelles, celles, par exemple, qui instituent une entente, à frais communs, pour la répression de l'exercice illégal de la médecine ; et, dans un article de notre loi, les médecins et les associations syndicales de médecins ont le droit de se porter parties civiles dans les procès intentés aux personnes qui exercent illégalement la médecine. Je crois que, dans ces conditions, il faut que nous ayons aussi la permission de nous constituer en associations syndicales.

Est-ce que le Parlement voudrait faire une exception contre le corps médical ?

Alors que le Parlement, la Chambre et le Sénat ont donné à toutes les corporations d'ouvriers le droit de se constituer en associations, il est certain que ce serait absolument déraisonnable de le refuser aux médecins, car il est peu de professions aussi élevées et qui rendent autant de services.

De plus, dans le projet de loi qui nous est soumis, il y a une série d'obligations imposées au corps médical. C'est, d'abord, l'obligation de déférer à toute réquisition de la justice, et cela sous les peines les plus sévères, sous peine d'une amende pouvant s'élever de 500 à 1,000 fr. et même sous peine d'un emprisonnement qui peut aller à trois mois en cas de récidive.

Il y a aussi, pour le médecin, l'obligation de la déclaration des cas de maladies épidémiques. Si donc vous demandez aux médecins une grande quantité d'obligations de nature à les gêner dans l'exercice de leur profession, à les empêcher d'acquérir une clientèle, et cela sans ou presque sans dédommagement pécuniaire, si vous leur demandez tous ces sacrifices sans rien leur donner en échange, vous ferez une loi injuste.

C'est pourquoi je demande instamment au Sénat de voter l'article 14 tel que nous l'avons proposé et tel qu'il vient de la Chambre des députés : car la Chambre des députés a donné aux médecins le droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884. Nous avons reproduit cet article de la Chambre des députés, et je crois que ce serait jeter un grand désarroi dans tout le corps médical de France que de lui refuser le droit de se constituer en association syndicale. (*Très bien ! très bien !*)

M. *le président*. La parole est à M. Hervé de Saisy.

M. *Hervé de Saisy*. Je la cède à M. Tolain.

M. *le président*. La parole est à M. Tolain.

M. *Tolain*. Messieurs, je regrette d'insister ; je le regrette d'autant plus que le corps médical a tous mes respects. Je sais les services qu'il rend et, par conséquent, personne plus que moi ne serait disposé à accorder aux médecins un privilège de plus, si ce privilège me paraissait justifié. (*Protestations.*)

Un sénateur. Ce n'est pas un privilège : c'est l'usage du droit commun.

M. *Tolain*. Messieurs, je ne serai pas longtemps à la tribune ; faites-moi la grâce d'un moment de silence.

M. le rapporteur de la commission a demandé si l'on voulait exclure le corps médical, les médecins, d'un avantage qui était accordé à toutes les professions, à tous les ouvriers.

Je me permets de faire remarquer que le corps médical est placé, dans la société française, dans des conditions absolument exceptionnelles. Il a, sans doute, des devoirs à remplir, mais il a aussi des droits et des avantages. Il a un diplôme... (*Nouvelles exclamations.*)

Un sénateur. Qui est le résultat d'études.

M. *Tolain*... qui est le résultat d'études, c'est évident. Je ne pense pas et personne ne peut soutenir le contraire, mais je dis que, au point de vue de sa situation, le docteur n'a à défendre aucun de ces

intérêts professionnels qui peuvent être comparés à ceux des ouvriers.

Il pratique en vertu d'un diplôme et il faut avoir fait les mêmes études que lui pour pouvoir exercer la même profession. Il y a, par conséquent, au point de vue de la stabilité, une situation qui me paraît être exceptionnelle.

Il peut, il est vrai, se voir exposé à la concurrence illégale de charlatans, de gens non munis de diplôme et n'ayant pas fait les études nécessaires ; mais il ne faut pas oublier qu'il existe une loi qui prévoit et qui détermine — et le projet que nous discutons en dit lui-même quelques mots — quelles poursuites devront être intentées contre tous ceux qui se rendront coupables d'exercice illégal de la médecine.

Qu'a-t-on voulu faire lorsqu'on a voté la loi sur les syndicats professionnels ? On a voulu donner à des hommes qui avaient besoin de se réunir en collectivité la force nécessaire pour résister à une puissance supérieure. Telle a été l'intention, le but du législateur ; les syndicats professionnels constituent une arme de défense.

Or, je me demande en ce moment contre qui nos honorables docteurs veulent se défendre....

M. *Hervé de Saisy*. Contre les malades ! (*Hilarité.*)

M. *Tolain*. Eh bien, mon cher collègue, s'il était possible aux malades de se constituer de leur côté en syndicat professionnel pour résister aux médecins, j'accepterais peut-être la proposition... (*Nouvelle hilarité*), mais comme je ne vois pas bien les malades en situation ni en état de résister aux exigences du médecin — s'il était capable d'en avoir, ce que je ne crois pas — je me demande quel peut être, véritablement et sérieusement, l'intérêt qu'il s'agit de défendre.

Les médecins sont, ils ne sauraient le nier, des hommes assez savants, assez intelligents, assez influents dans la société pour que, quand ils se présenteront devant le gouvernement de la République, afin de lui demander d'accorder à l'une de leurs sociétés la déclaration d'utilité publique, ils puissent avoir à craindre un refus.

M. *le rapporteur*. On vient de vous donner la preuve du contraire !

M. *Tolain*. Vous pourrez peut-être attendre six mois, un an, deux ans...

M. *le rapporteur*. Et même trente ans !

M. *Tolain*... mais vous ne pouvez pas soutenir qu'une société composée d'hommes comme vous, mon honorable collègue, ne parviendra pas à obtenir la déclaration d'utilité publique.

Vous avez actuellement des sociétés médicales ; rien ne vous empêche de fonder des associations. Nous verrons, lorsque nous discuterons la grande loi sur le droit d'association, s'il est bon, s'il est juste, s'il est naturel de vous accorder, à titre de sociétés scientifiques ou sous une autre rubrique quelconque, la personnalité civile. Quant à présent, étendre la loi sur les syndicats professionnels au corps médical, je dis que c'est entrer dans une voie très dangereuse ; c'est généraliser l'idée des syndicats, sans se rendre compte ni des raisons, ni des motifs qui l'ont fait adopter par le Parlement, c'est la dénaturer et la faire dégénérer.

Il faut, à mon sens, y regarder à deux fois avant de conférer à une association, par une loi, la personnalité civile, c'est-à-dire le droit d'ester en justice, de se coaliser, pourrais-je dire, contre tel ou tels.

Je ne trouve pas, pour ma part, l'argumentation de notre honorable collègue suffisamment motivée, et je vous demande, messieurs, de ne pas voter l'article proposé par la commission.

M. *le président*. La parole est à M. Hervé de Saisy.

M. *Hervé de Saisy*. Il y a un vieil axiome parlementaire, messieurs, qui dit qu'il est permis à un Parlement de tout faire et que sa toute-puissance est absolue. Cependant elle a pour limite l'inconséquence. La logique du bon sens le veut ainsi.

Or, je crois et j'espère prouver, qu'en accordant aux associations médicales le privilège des associations prévues par la loi du 21 mai 1884, vous commettriez une de ces inconséquences inadmissibles devant lesquelles vous ne pouvez manquer de reculer.

La démonstration que j'ai à faire est, du reste, fort simple ; il me suffit de lire des textes, ceux des articles 2 et 3 de la loi du 21 mars 1884. Quels sont donc les articles qui contiennent en quelque sorte les assises du droit créé par la loi sur les syndicats ? Les voici, messieurs ; je vais vous en donner lecture :

« Art. 2. — Les syndicats ou associations professionnelles, même de plus de vingt personnes, exerçant la même profession, des métiers similaires ou des professions connexes, concourant à l'établissement de produits déterminés... » — Je demande à MM. les membres du personnel médical où sont leurs produits déterminés ?... — (*Hilarité générale. — Interruptions sur quelques bancs à gauche.*)

M. *Hervé de Saisy* «... pourront se constituer librement sans autorisation du Gouvernement. »

Quand vous m'aurez répondu sur ce point, sur cette première question que j'ai l'honneur de vous soumettre : « Quels sont vos produits déterminés ? « je m'arrêterai là et je vous dirai : *Digni estis intrare.* — Jusque-là, c'est vous qui êtes obligés de vous arrêter devant l'inconséquence que je vous signale, devant l'obligation suprême que vous imposent et la raison et des arguments auxquels vous ne répondez pas.

Je continue ma lecture.

« 1° Les syndicats professionnels ont exclusivement pour objet — notez ce mot, MM. les membres du personnel médical — l'étude et la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles. »

Je ne poursuis pas cette lecture : ce que j'ai cité de la loi sur les syndicats suffit à ma démonstration. Si j'admets pleinement que vous ayez des intérêts économiques à défendre en vous formant en associations, au même titre que tous les autres citoyens, je constate en même temps que rien ne vous empêche de le faire. Mais où sont vos intérêts industriels, commerciaux et agricoles ? (*Rires.*)

Vous n'en avez évidemment pas. Or, c'est une des conditions essentielles exigées par la loi des syndicats pour bénéficier de ses dispositions, et les articles dont je viens de donner lecture prononcent l'exclusion de toute autre organisation possible.

Il faudrait donc refaire la loi sur les syndicats professionnels uniquement à l'usage de votre interprétation gratuite et arbitraire, uniquement à l'usage du monopole de la médecine.

Je dis que le pouvoir de tout modifier doit avoir des bornes et que votre prétention, si elle était admise, détruirait le principe même de cette loi féconde des syndicats, qui est une loi de paix et de liberté dans des conditions égales pour tous, et dont vous feriez en même temps une loi de domination tyrannique, un chef-d'œuvre d'incompatibilité. (*Très bien ! très bien ! sur plusieurs bancs. — Mouvements divers.*)

M. *Loubet, président du conseil.* Je demande la parole.

M. *le président*. La parole est à M. le président du conseil.

M. *le président du conseil*. Messieurs, je ne viens pas m'opposer au vote de l'article 14 en 1re délibération, mais je dois expliquer au Sénat dans quelles conditions et sous quelles réserves.

Il est incontestable que la loi du 21 mars 1884 ne s'applique pas au corps médical.

La jurisprudence est fixée sur ce point : la cour suprême s'est prononcée.

Les médecins ont de bonne heure cherché à profiter du bénéfice de la loi de 1884. Dans le cours même de l'année 1884, un certain nombre de tentatives se sont produites, et les tribunaux ont pu statuer.

Un syndicat s'étant constitué dans le département de l'Orne, son existence légale fut contestée. Le tribunal de première instance de Domfront déclara que les médecins ne rentraient pas dans la définition de l'article 2 de la loi du 21 mars. Cette doctrine fut confirmée en appel par la cour de Caen, puis, sur un nouveau pourvoi, par la cour de cassation, qui jugea ainsi définitivement que la loi de 1884 n'était pas applicable aux médecins.

Que prouvent ces décisions ? Elles prouvent que si les médecins ont intérêt — et ils y ont un intérêt incontestable — à réclamer le bénéfice de la loi de 1884, pour qu'elle leur devienne applicable, ils devront demander l'extension des dispositions des articles 2 et 3 de cette loi, qu'on pourra peut-être étendre et appliquer même à d'autres catégories de citoyens qui exercent une profession non comprise dans les termes de la loi de 1884. Mais de pareilles questions exigent un sérieux examen.

L'honorable M. Tolain vous disait tout à l'heure : « Je ne vois pas bien quelles raisons peuvent avoir les médecins de se constituer en syndicats. » Et l'honorable M. Hervé de Saisy semblait affirmer qu'ils n'avaient qu'un but, qu'un mobile...

M. *Hervé de Saisy.* Exagérer leur monopole !

M. *le président du conseil.* Exagérer leur monopole, dites-vous ?...

Messieurs, il est certain que les médecins poursuivent dans la constitution des syndicats la défense de leurs intérêts...

Un sénateur au centre. Et l'étude !

M. *le président du conseil.* L'étude et la défense de leurs intérêts ; pour les défendre, il faut évidemment commencer par les étudier.

Mais ces intérêts sont d'ordre divers, de nature différente ; quelques-uns sont des plus légitimes ; d'autres, peut-être, le sont moins. Il faut dégager les uns et les autres, et c'est là un problème très délicat.

Sans doute, le corps médical tout entier s'impose des sacrifices, que je serai le dernier à contester ; sans doute nous aurons de jour en jour à lui demander une plus grande somme de services et des sacrifices nouveaux ; mais, messieurs, ces sacrifices que nous lui demanderons, ces missions que nous lui confierons auront leur contre-partie. Le corps médical sera plus étroitement associé à l'administration du pays. L'application de l'article 14 soulèvera alors des difficultés que nous ne pouvons pas encore prévoir.

Les premiers auteurs de propositions de lois sur l'exercice de la médecine s'en étaient bien rendu compte. Ils n'avaient pas cru pouvoir insérer dans leurs projets de disposition analogue à celle de l'article 14 qui vous est soumis.

Ainsi le projet présenté par l'honorable M. Lockroy en 1889 ne contenait rien de semblable, et cependant, messieurs, l'importance de la loi sur les syndicats professionnels n'échappait pas à l'honorable M. Lockroy.

C'est ainsi encore que le Gouvernement, en 1890, en présentant le projet qui a été soumis au vote de la Chambre, n'y avait inséré aucune disposition semblable à celle de l'article 14.

Croyez-vous que le Gouvernement et l'honorable M. Lockroy n'eussent pas aperçu les difficultés auxquelles on se heurtait ? Mais ces difficultés apparaissaient à tout le monde !

En effet, la profession médicale revêt, dans les campagnes surtout, des caractères très divers. Le médecin est, d'abord, un simple citoyen muni d'un diplôme qui lui donne le droit d'exercer sa profession à l'exclusion de tout autre ; mais la plupart du temps, il est investi... — je ne voudrais pas dire de fonctions, parce que la plupart d'entre eux répugnent à la qualification de fonctionnaires — mais de missions, de mandats qu'il reçoit, soit de la commune, soit du département, soit de l'Etat, à titre de médecin des indigents, de médecin des enfants assistés, d'inspecteur des enfants du premier âge, de médecin des épidémies, en un mot, de médecin chargé de fonctions particulières par l'autorité publique, l'Etat, le département ou la commune.

Quelle est, dans cette situation, la condition légale des médecins ?

Si la question était, à l'heure actuelle, très nettement tranchée par la législation et par les décisions du conseil d'Etat, nous pourrions demander au Sénat une solution immédiate.

Mais la jurisprudence du conseil d'Etat n'est pas encore bien fixée. Dans ces dernières années, cette haute juridiction a été appelée à décider si les incompatibilités et les cas d'inéligibilité créés par la loi municipale de 1884 et par la loi départementale du 10 août 1871, s'appliquent à telles ou telles catégories de médecins, à raison des diverses fonctions que je viens de rappeler au Sénat. Et, tout en admettant de nombreuses exceptions, elle a donné une large extension à ces cas d'inéligibilité ou d'incompatibilité.

Je ne veux pas dire, je le répète, que tous les médecins qui exercent de pareilles fonctions doivent être rangés sous la dénomination de fonctionnaires, mais, à coup sûr, elle s'applique à certain nombre d'entre eux.

Or, je rappelle au Sénat que, à toutes les époques, et à la Chambre des députés, et, si j'ai bon souvenir, ici même au Sénat, on a reconnu qu'il n'était pas possible d'étendre à une catégorie quelconque de fonctionnaires le droit de bénéficier de la loi du 21 mars 1884. Je pourrais vous lire les paroles prononcées, il n'y a pas bien longtemps, par mon collègue, l'honorable ministre du commerce, devant la Chambre des députés. Je me borne à vous rappeler qu'il rencontra une approbation unanime, lorsqu'il démontra que la loi de 1884 n'a pas été faite pour les fonctionnaires de l'Etat.

Vous voyez, messieurs, quelles difficultés soulève l'article 14. Je supplie donc le Sénat, s'il vote cet article, — et je ne m'y oppose en aucune façon, — de réserver à la commission, avec laquelle je serai très heureux de chercher les bases d'un accord dans l'intervalle des deux délibérations, la faculté de poursuivre la conciliation de ces deux intérêts, essentiellement respectables : l'intérêt du corps médical et l'intérêt de l'Etat. (*Marques d'approbation sur un grand nombre de bancs à gauche.*)

M. *Hervé de Saisy.* Je demande que les questions de monopole et de tarifs ne puissent jamais y être comprises parce que les malades ne sont pas présents et ne peuvent être entendus !

M. *le président.* La parole est à M. Lesouëf.

M. *Lesouëf.* Messieurs, je vous demande pardon de m'imposer si souvent à votre attention dans cette discussion, mais je regrette de ne pouvoir partager les appréhensions que l'honorable président du conseil n'a fait du reste qu'indiquer.

L'honorable M. Loubet nous a dit tout à l'heure que la disposition dont il s'agit ne figurait pas dans le projet déposé par M. Lockroy ; c'est vrai !

Mais, depuis lors, la Chambre des députés a adopté une disposition tout à fait semblable, sans que le représentant du ministère de l'intérieur ait soulevé la moindre objection ; depuis lors, en outre, nous avons reçu, en mai 1891, dans notre distribution, le projet de loi voté par la Chambre des députés avec toutes les observations faites par le Gouvernement sur les différents articles de ce projet, et au sujet de la disposition que nous discutons, je lis ceci : « Article 18. (C'est le numéro que portait notre article 14.) Le Gouvernement accepte cet article. »

Nous ne pouvions donc pas supposer que le Gouvernement soulèverait aujourd'hui des objections et ferait des réserves. Il m'est impossible de réfuter ces objections, puisqu'elles n'ont pas été formulées par M. le ministre de l'intérieur.

Je voudrais cependant répondre quelques mots aux observations qui ont été présentées à propos de cet article.

On a demandé pourquoi les médecins voulaient se syndiquer et on a objecté ensuite que la loi de

1884 sur les syndicats ne leur est pas applicable. C'est précisément parce que la jurisprudence a déclaré que cette loi ne leur était pas applicable, que nous avons introduit dans le texte du projet de loi l'article qui nous occupe. Quant aux syndicats de médecins, ils peuvent se justifier en deux mots : ils auront d'abord une influence moralisatrice sur la profession médicale par la cohésion qu'ils donneront au corps médical et par le contrôle qu'ils permettront d'exercer sur les actes des membres de ces syndicats. Cette surveillance aura pour conséquence de retenir dans certaines limites ceux qu'on pourrait considérer comme les brebis galeuses de la profession, — passez-moi l'expression, — c'est-à-dire ceux qui ne rempliraient pas leurs devoirs consciencieusement. (*Marques d'approbation.*) D'autre part, le médecin n'a pas seulement affaire à des individus isolés ; il est en rapport aussi avec de puissantes associations, de grandes compagnies industrielles, des associations syndicales, des sociétés de secours mutuels, avec lesquelles il peut avoir à traiter en vue des soins à donner à leurs membres. A ce point de vue, les syndicats de médecins peuvent jouer un rôle très utile.

Enfin, les médecins réclament la faculté de se constituer en syndicat, surtout pour la répression de l'exercice illégal de la médecine. En ce moment, les sociétés médicales actuelles ne peuvent ester en justice ; elles n'ont pas la personnalité civile. Je sais bien qu'un médecin pourra toujours adresser une plainte au parquet, s'il peut démontrer que l'exercice illégal de la médecine par une personne non diplômée lui a porté préjudice. Mais ce rôle de dénonciateur est difficile et semble même parfois odieux dans les petites villes, surtout dans les campagnes. Celui qui exerce la médecine illégalement passe souvent alors pour un bienfaiteur de l'humanité que le médecin veut empêcher de guérir ses malades, et les rieurs ne sont pas généralement du côté de celui qui a le droit et la justice pour lui.

En réclamant l'urgence, l'honorable rapporteur nous disait que le projet de loi actuel est attendu depuis un demi-siècle par le corps médical, et l'honorable M. Hervé de Saisy en a fait une critique sévère en estimant qu'il paraissait fait plutôt dans l'intérêt des malades que des médecins. Je ne partage pas cette manière de voir. Pour ma part, si j'avais encore l'honneur d'exercer la profession médicale, je ferais plutôt des vœux pour que le projet de loi fût retardé encore d'un demi-siècle, car j'y vois, notamment à la suite de la discussion qui vient d'avoir lieu, un sentiment de défiance contre les médecins. On semble les considérer comme des hommes dangereux qu'il faut mettre par tous les moyens possibles hors d'état de nuire à la société.

M. *le rapporteur*. Messieurs, je prierai le Sénat de vouloir bien voter l'article sous la réserve qu'a indiquée M. le président du conseil, c'est-à-dire à condition que la commission étudiera à nouveau la question entre la 1re et la 2e délibération.

M. *le président*. La commission et le Gouvernement, messieurs, demandent le vote de l'article, mais sous la réserve que la commission se livrera à une nouvelle étude de la question entre la 1re et la 2e délibération.

Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'article 14.

(Le vote a lieu. — Deux épreuves sont déclarées douteuses.)

M. *le président*. Il va être procédé au scrutin.

(Le scrutin a lieu. — MM. les secrétaires opèrent le dépouillement des votes.)

M. *le président*. Il y a lieu à pointage.

La séance est suspendue pendant dix minutes.

(La séance, suspendue à quatre heures, est reprise à quatre heures dix minutes.)

M. *le président*. Voici le résultat du scrutin sur l'article 14 :

Nombre des votants	221
Majorité absolue	111
Pour	110
Contre	111

Le Sénat n'a pas adopté.

SCRUTIN

Sur l'article 14 du projet de loi sur l'exercice de la médecine.

ONT VOTÉ POUR :

MM. Baduel. Bardey. Bardoux. Barthélemy-Saint-Hilaire. Benazet. Benoist. Bisseuil. Bizot de Fonteny. Bordes-Pagès. Bouilliez (Achille). Boulanger (Ernest). Bouteille. Brémond d'Ars (général marquis de). Bruel. Brun (Lucien). Brunet.

Caduc. Camescasse. Canrobert (maréchal). Casimir-Perier (Paul). Chalamet. Challemel-Lacour. Chantemille. Chauveau (Franck). Chiris. Choyet. Claris. Clément (Léon). Cochery (Adolphe). Combescure (Clément). Cordier. Cornil. Couturier. Cuvinot.

Danelle-Bernardin. Darbot. Dauphin. Decroix. Deffis (général). Deschanel. Develle (Edmond). Diancourt. Dide. Donnet. Dufay. Dumon.

Espivent de la Villesboisnet (général comte).

Fallières. Fayard. Fousset. Fresneau. Freycinet (de). Frézoul.

Gadaud. Gent. Gouin. Goujon. Grévy (Albert). Grévy (général). Guérin (Eugène). Guibourd de Luzinais. Guindey.

Huguet (A.).

Japy (général). Jean Macé.

La Berge (de). Labiche (Emile). Lafond de Saint-Mür (baron). Laroche. La Sicotière (de). Lavergne (Bernard). Lecler. Le Guen. Le Monnier. Lenoël (Emile). Lesouëf. Loubet. Lourties.

Marquis. Martin (Félix). Millaud (Edouard). Milliard. Moinet. Munier.

Nioche.

Osmoy (comte d'). Oudet.

Parry. Peraldi. Péronne. Perras.

Raismes (de). Rémusat (Paul de). Rey (Edouard). Reymond. Rolland. Roussel (Théophile).

Sal (Léonce de). Salomon. Sébire. Simon (Jules). Soustre.

Thévenet. Thézard (Léopold). Trarieux. Turgis.

Vignancour. Vinet.

Wallon.

ONT VOTÉ CONTRE :

MM. Allègre. Allemand. Angle-Beaumanoir (marquis de l'). Anglès. Astor. Audiffret-Pasquier (duc d'). Audren de Kerdrel.

Barbedette. Barne. Barrière. Béjarry (de). Berthelot. Biré (Alfred). Blanc (Xavier). Bozérian. Brossard. Brugnot. Brunon. Brusset.

Callac (comte de). Carné (marquis de). Casabianca (de). Cazot (Jules). Chaix (Cyprien). Chardon. Chaumontel. Claeys. Clamageran. Combes. Constans. Coste.

Decauville (Paul). Déprez (André). Dupouy. Dupuy (Jean). Durand.

Faye. Ferry (Jules). Frédéric Petit.

Gaillard (Gilbert). Galtier. Garran de Balzan. Gaudy. Gayot (Emile) (Aube). Géry-Legrand. Girard (Alfred). Girault. Godin (Jules). Gomot. Guinot.

Halna du Fretay (amiral). Haulon. Huon de Penanster.

Issac.

Jametel. John Lemoinne. Journault.

Kiener. Krantz.

Labiche (Jules). Lacave-Laplagne. Lavertujon (André). Lecherbonnier. Lefèvre (Alexandre). Lelièvre. Leporché. Leroux (Aimé). Levrey. Luro.

Madignier. Malézieux. Marcou. Maret. Margaine. Mauguin. Meinadier (colonel). Mercier. Merlet. Mer-

lin (Charles). Monneraye (comte de la). Montesquiou-Fezensac (duc de). Morel. Morellet.
Neveux.
Olivier (Auguste).
Pajot. Pauliac. Pauliat. Pazat. Poirrier. Pradal.
Ranc. Régismanset. Rosière (de).
Saisy (Hervé de). Scheurer-Kestner. Schœlcher. Scrépel.
Tézenas. Théry. Thurel. Thirard. Tolain. Trévenenc (comte de).
Velten. Verninac (de). Veron (amiral). Vilar (Edouard). Villegontier (comte de la). Vissaguet.
Waddington (Richard).

N'ONT PAS PRIS PART AU VOTE :

MM. Andigné (général marquis d'). Arago (Emmanuel).
Baragnon (Louis-Numa). Barthe (Marcel). Béral. Bérenger. Bernard. Billot (général). Blavier. Bocher. Buffet.
Camparan. Chadois (colonel de). Chesnelong. Courcel (baron de).
Delsol. Demôle. Denormandie. Deyès (Paul). Drouhet (Théodore). Durand-Savoyat (Emile). Dutreil (Paul).
Forest (Charles).
Gailly. Garrisson. Goblet (René). Gravin. Griffe. Guichart (Jules). Guyot.
Halgan (Emmanuel). Humbert.
Jacques. Jouffrault.
Lacombe. Lades-Gout. Lareinty (baron de). Laubespin (comte de). Le Breton. Lecomte (Maxime). Le Royer. Lesueur (Georges).
Magnier (Edmond). Magnin. Marcère (de). Martel (Edouard). Mathey (Alfred). Mazeau. Monis (Ernest). Morelli.
Peaudecerf. Pénicaud. Poriquet.
Renault (Léon). Roger (Dordogne).
Savigny de Moncorps (comte de). Soubigou.
Teisserenc de Bort. Tribert. Trystram.
Volland.
Waddington.

ABSENTS PAR CONGÉ :

MM. Cordelet. Couteaux. Dietz-Monnin. Dusolier (Alcide). Guyot-Lavaline. Hugot. Lavalley. Seblinе. Voisins-Lavernière (de).

Nous avons des raisons pour ne pas accueillir par trop de réflexions ce triste résultat de nos efforts de tant d'années. La première : c'est que nous allons réunir nos collègues du *Conseil de Direction* et du *Bureau de l'Union*, afin de prendre des résolutions. La seconde, c'est que la délibération du Sénat, n'ayant pas eu le bénéfice de l'urgence, n'est pas définitive et peut être modifiée en seconde lecture. Cette lecture viendra très probablement lundi 28 ou mardi, *donc le temps nous presse absolument.*

Nous avons fait, de notre côté, à cause de la sécurité dans laquelle nous étions depuis le vote de la Chambre, tout ce que nous a permis le court délai dont nous pouvions disposer.

Nos confrères ont sous les yeux les noms des sénateurs qui ont voté contre l'article et les noms de ceux qui se sont abstenus. Nous estimons que leur devoir strict, s'ils veulent seconder les efforts que nous allons faire de nouveau, est d'écrire à ceux de ces sénateurs qu'ils connaissent et d'être assez éloquents pour leur faire comprendre qu'ils pourraient, *sans aucun dommage pour la chose publique*, revenir sur leur décision. Vraiment, la cause des syndicats médicaux n'a pas été assez défendue, et M. Le Doyen, qui a parlé sur tous les articles, excepté sur l'article 14, aurait aisément trouvé, en leur faveur, quelques-unes de ces anecdotes qu'il raconte si bien et qui valent à M. le commissaire du gouvernement, des succès mérités.

Donc, chers confrères, à vous de plaider, et *de suite, sans renvoyer au lendemain*, auprès des sénateurs opposants, la cause qui vous est chère. Ne vous en rapportez pas à votre voisin du soin de convaincre vos mandataires politiques, car cette minorité d'une voix n'est qu'apparente. Nous savons de source certaine que, pour la seconde lecture, en présence d'un vote acquis et des dispositions du gouvernement, il faut faire un effort sérieux et alléguer de bonnes raisons pour changer, s'il est possible, le vote du 21 mars 1892.

A. CÉZILLY.

Le *Soir* résume ainsi le débat sur l'article 14 :

Le clou de la séance a été un gros débat sur le point de savoir si les médecins pourraient se constituer en syndicats professionnels. La Chambre leur en avait donné la permission. La Commission sénatoriale appuie et tous les médecins du Luxembourg appuient aussi. Mais il y a, parait-il, des difficultés.

D'abord, un arrêt de cassation déclare que la loi sur les syndicats n'est pas applicable aux médecins. Ensuite M. Tolain ne veut pas que les bourgeois se syndiquent : c'est bon pour les ouvriers ! Il y a aussi M. Hervé de Saisy, qui prétend que si les médecins peuvent se syndiquer, c'est pour exploiter leurs malades ! Diable ! Enfin, il y a le gouvernement qui demande à réfléchir.

On s'est beaucoup chicané. Finalement, après pointage, les médecins ont perdu leur cause à une voix de majorité. Une voix, c'est peu ! L'affaire reviendra en seconde délibération.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le méphitisme et la fièvre puerpérale.

Une longue discussion se poursuit à l'Académie de médecine depuis plusieurs séances entre MM. Alph. Guérin, Guéniot et Hervieux au sujet de l'influence que peuvent avoir les exhalations méphitiques sur l'infection puerpérale. Cette discussion paraît reposer sur des malentendus.

M. Guérin n'admet comme infection puerpérale que les accidents infectieux ayant pour pathogénie la pénétration des streptocoques ou autres pyogènes par les organes génitaux, le défaut d'antisepsie permettant aux germes de s'insinuer dans l'organisme par le trauma génital. M. Hervieux et M. Guéniot pensent que des accidents septiques peuvent survenir chez les accouchées et même chez les personnes qui les soignent lorsque l'accouchement s'opère dans un milieu méphitique ; ils se basent sur des faits qui paraissent bien observés, et il ne répugne pas d'admettre que l'imprégnation de l'organisme par des poisons volatils qui pénètrent par les voies respiratoires se traduise par des accidents septiques.

L'organisme est sans cesse assiégé par des micro-organismes pathogènes, pyogènes ou agents de

septicémie ; il se défend par un système compliqué de barrières épithéliales et endothéliales vivantes, de phagocytes macrophages, comme les cellules endothéliales des alvéoles pulmonaires, des leucocytes microphages qui sortent sans cesse des vaisseaux au niveau des points menacés par les microbes, pour s'emparer de ceux-ci et les dévorer ; mais tout cet ensemble défensif est actionné par le système nerveux, dont les centres vaso-moteurs agissent suivant les besoins, dans le sens de la vaso-constriction ou de la vaso-dilatation. Qu'un poison volatil absorbé par la muqueuse respiratoire vienne paralyser les centres nerveux vaso-moteurs, aussitôt la défense est entravée, la pénétration des microbes sans cesse aux aguets, s'accomplit, et une infection, une septicémie se trouve réalisée. Cette conception n'a rien d'incompatible avec la théorie microbienne, comme semble le croire M. Guérin. C'est de l'infection préparée par l'intoxication.

Moralité pratique : non seulement il faut être un accoucheur antiseptique, c'est-à-dire n'introduisant pas de microbes dans les voies génitales traumatisées, mais il faut être un hygiéniste prévoyant et ne pas laisser respirer des odeurs méphitiques à une femme enceinte ou accouchée.

La dyspnée toxique dans les maladies du cœur et son traitement (1).

La dyspnée est un des accidents les plus constants et les plus tenaces des cardiopathies ; la syncope et les palpitations ne viennent même, comme importance, qu'après elle. Mais cette dyspnée n'a pas toujours la même origine, et l'on peut en observer deux variétés importantes : la dyspnée mécanique et la dyspnée toxique.

La première est bien connue depuis longtemps ; mais on a exagéré son importance au détriment de la seconde. Celle-ci a déjà été étudiée par M. Huchard il y a environ six ans.

On voit très souvent des cardiopathes artériels qui, sous l'influence de la marche, du mouvement, du moindre effort, ou même sans cause appréciable, pendant la nuit, sont pris d'une dyspnée intense, paroxystique. Or, on ne trouve ni dans les poumons, ni dans le cœur, ni dans le cerveau, ni dans les urines, l'explication de cette dyspnée d'effort (dyspnée de travail des Allemands). Mais, d'après M. Huchard, l'insuffisance rénale est un symptôme précoce et presque constant des cardiopathies artérielles, même en l'absence d'albuminurie ; c'est là une loi fondamentale. Grâce à cette insuffisance rénale, les toxines, développées ou introduites dans le tube digestif, sont incomplètement éliminées et la dyspnée se produit.

Le régime lacté absolu fait rapidement disparaître les accidents, et ceci vient à l'appui de la théorie de M. Huchard, puisque, en effet, on supprime de l'alimentation, par le régime lacté, toutes les substances qui renferment des toxines, des ptomaïnes : viandes, bouillon, poissons, etc.

On peut objecter qu'il s'agit là d'une sorte de dyspnée urémique survenant dans toutes les cardiopathies artérielles sous l'influence du brightisme latent. Cela est possible, mais, en tout cas, c'est une dyspnée urémique particulière, puisqu'elle se montre au début même de ces cardiopathies, puisqu'elle ne s'accompagne d'aucun autre accident urémique, puisqu'elle cède si rapidement au régime lacté sans le secours d'aucune autre médication. Enfin, c'est une forme de dyspnée souvent méconnue.

Pour établir expérimentalement la nature toxique de cette dyspnée, M. Huchard et son interne, M. Tournier, ont eu recours à la méthode de Bouchard (injections intra-veineuses d'urine), et ont ainsi mesuré la toxicité urinaire dans les affections cardio-artérielles. Les malades choisis parmi les cardiopathes artériels ne présentaient, autant que possible, ni albuminurie ni lésions pulmonaires sérieuses. Ils étaient observés dès leur entrée à l'hôpital, avant tout traitement, et restaient provisoirement au régime commun, car on sait que l'alimentation lactée abaisse notablement le degré de toxicité urinaire, d'après Charrin et Roger. Or, sur une dizaine d'expériences, le chiffre du coefficient urotoxique des cardiopathes a oscillé entre 0,273 et 0,370, alors que le coefficient urotoxique normal (somme d'urotoxies qu'un kilogr. d'homme peut fabriquer en vingt-quatre heures) est égal à 0,464, d'après Bouchard.

Mais, dans certaines cardiopathies artérielles, le coefficient urotoxique peut être très élevé et même dépasser l'état normal ; c'est lorsque le foie est atteint et qu'il ne peut plus ni arrêter ni détruire les poisons venus de l'intestin. Ceux-ci sont alors éliminés en grande partie par les urines qui acquièrent ainsi une puissance toxique très élevée. Cette élimination est une sauvegarde de l'organisme, comme l'a dit M. Bouchard ; mais le passage incessant des toxines finit par irriter et altérer le rein ; l'albuminurie apparaît, et c'est ainsi qu'il peut y avoir, dans les cardiopathies artérielles, deux sortes d'albuminurie : l'une due à la néphrite interstitielle souvent concomitante ; l'autre, épithéliale, d'origine hépatique, qui peut compliquer la première. Dans ce cas, l'insuffisance hépatique, souvent révélée par l'épreuve du sucre, s'ajoute à l'insuffisance rénale, et la dyspnée toxique procède de ces deux causes.

A l'aide de cette théorie, bien des faits, qui n'avaient pu recevoir une interprétation suffisante, peuvent être maintenant expliqués, et si les accès de dyspnée auxquels on donnait autrefois le nom de pseudo-asthme aortique sont souvent nocturnes, c'est parce qu'il est démontré que, pendant le sommeil, l'élimination des poisons par le rein subit un ralentissement notable.

Les résultats de la thérapeutique confirment ces idées théoriques et les données expérimentales. La dyspnée, dans ces cardiopathies artérielles, est d'origine alimentaire ; il faut donc prescrire le régime lacté absolu. Au bout de quelques jours, quelquefois même vingt-quatre ou quarante-huit heures après, la dyspnée a disparu. Il est alors indiqué de donner un litre ou un litre et demi de lait sous forme de laitages, avec quelques œufs frais, des légumes, et, en dernier lieu, des viandes très cuites. On défendra les salaisons, les conserves, les bouillons, etc. On reviendra au régime lacté si la dyspnée reparaît. D'ailleurs, M. Huchard soumet systématiquement ses malades, chaque mois, pendant trois jours, à l'alimentation exclusive par le lait.

Mais, le plus souvent, le régime lacté ne suffit pas ; il faut y joindre l'antisepsie intestinale que l'on obtient par l'emploi du salicylate de bismuth,

(1) Société médicale des hôpitaux du 4 mars.

du salol, du bétol, du naphtol ou plutôt du benzo-naphtol (2 à 4 grammes par jour). D'autres fois, il est indiqué d'avoir recours à l'acide chlorhydrique, parce qu'il est démontré que les cardiopathes artériels et non tous les cardiopathes, comme l'a cru Hufler, sont des hypochlorhydriques. Or, l'hypochlorhydrie est une source de fermentations gastro-intestinales, et, par conséquent, d'auto-intoxications. Enfin, quand le malade est délivré de sa dyspnée, il faut s'attaquer à la maladie causale, à l'artério-sclérose, par la médication iodurée. M. Huchard préfère, dans ces cas, l'iodure de sodium à l'iodure de potassium, à cause de la toxicité des sels de potasse.

MÉDECINE PRATIQUE

Causes et traitements du hoquet opiniâtre.

Le hoquet est un phénomène le plus souvent banal et sans importance parce qu'il ne dure que quelques minutes. Mais, quand il devient persistant, il acquiert la plus haute signification au point de vue du pronostic ; il constitue pour les malades un tourment des plus pénibles et la multiplicité des moyens de traitement qui ont été proposés pour le faire cesser suffit à prouver qu'il est un accident des plus rebelles à la thérapeutique.

Mon intention n'est pas de passer en revue ici toutes les causes possibles du hoquet, ni d'énumérer toutes les médications qui ont été usitées ; ces sortes d'énumérations ne sont pas à leur place dans nos feuilles périodiques, que le praticien parcourt d'un coup d'œil rapide et ne conserve pas : si on surcharge sa mémoire de trop de détails, il ne gardera de sa lecture qu'une impression vague et confuse. Mieux vaut, me semble-t-il, lui indiquer à grands traits, mais nettement accusés, les principales circonstances dans lesquelles se montre le plus souvent le symptôme en question ; l'impression produite sur le lecteur gagnera encore en netteté, si elle est éclairée par le récit de quelques faits cliniques, vécus.

J'ai gardé le souvenir de plusieurs cas de hoquet opiniâtre, n'ayant cessé qu'avec la vie du patient, parce qu'ils étaient symptomatiques d'une maladie par elle-même mortelle ; j'en ai observé d'autres où le hoquet, quoique tenace, a guéri.

Le hoquet est essentiellement une contraction diaphragmatique inspiratoire brusque, courte et imprévue, qui attire bruyamment l'air à travers la glotte à moitié contractée ; c'est un spasme qui dépend des nerfs phréniques, mis en jeu, soit par une irritation directe de ces nerfs au niveau de leurs extrémités terminales, sur leur trajet ou au niveau de leurs origines centrales, soit par une irritation réflexe dont le point de départ doit être cherché dans la sphère d'un des nerfs qui sont en communication anastomotique avec les phréniques ; le pneumogastrique et le grand sympathique surtout.

Le hoquet le plus commun est celui qui est provoqué par un trouble fonctionnel ou une altération anatomique des *voies digestives*.

Le plus fréquent des troubles fonctionnels est la distension brusque de l'estomac par des gaz dans la première période de la digestion ; il est un incident banal de la dyspepsie flatulente gastrique. On le voit souvent chez le nouveau-né lorsqu'on lui laisse absorber trop vite trop de lait. D'ordinaire il dure de quelques minutes à une demi-heure et disparaît de lui-même, dès que l'estomac, surpris momentanément par le développement des gaz, mais ayant reconquis sa contractilité, les a chassés par l'œsophage ou par l'intestin.

Le hoquet peut se montrer avec plus de persistance comme conséquence de la stagnation, dans l'estomac, de résidus alimentaires en fermentation anormale, comme cela arrive dans la dilatation de cet organe.

Un homme, d'âge avancé, est venu me consulter pour un hoquet qui n'avait presque pas cessé depuis un mois et avait résisté à une foule de moyens. L'haleine était fétide, avec cette odeur aigre et rance qui s'exhale de la bouche des individus atteints de stagnations gastriques permanentes quand ils ne font pas d'antisepsie gastrique. Cette odeur ne provient pas directement de l'estomac ; car elle diffère de celle des éructations qui se produisent d'une façon intermittente chez les mêmes malades. C'est une odeur qui vient du poumon et résulte de l'exhalation par la voie respiratoire, de principes fétides puisés dans l'estomac ; les sueurs et la sécrétion cutanée des mêmes malades ont souvent une fétidité semblable. Quoi qu'il en soit, la palpation de l'estomac et l'interrogatoire du patient, rendu assez malaisé par le hoquet incessant qui lui coupait la parole toutes les dix secondes, me prouvèrent que son estomac, actuellement à moitié plein et tombant jusqu'à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis, ne se vidait jamais.

Les confrères consultés jusque là conseillaient toujours de prendre tel ou tel médicament ; aucun ne lui avait encore suggéré de ne rien prendre, ni comme médicament, ni comme boisson. C'est ce conseil que je lui donnai, quand il m'eut manifesté son refus de se laisser évacuer le contenu gastrique avec la sonde (moyen qui eût été le plus prompt et qui m'avait réussi dans des cas analogues). Je lui prescrivis la diète absolue de toute boisson et de tout aliment pendant 24, 36 ou 48 heures, s'il le fallait, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'estomac eût fini de se débarrasser de son contenu ; pour cela le patient devait garder la position horizontale et même, autant que possible, le décubitus latéral droit pour favoriser le passage du contenu gastrique à travers le pylore. L'alimentation et l'absorption pendant ce temps devaient se faire uniquement par la voie rectale sous forme de lavements de 250 gr. d'eau alternant avec des lavements ainsi composés :

Peptone sèche, une cuillerée à soupe.
Jaune d'œuf, n°1.
Eau naphtolée (à 0 gr. 20 pour 1000) 200 gr.

Au bout de 20 heures environ le hoquet cessa. Une tentative d'alimentation gastrique faite trop tôt provoqua la reprise du hoquet. Je fis continuer la diète encore 24 heures et le hoquet disparut définitivement.

Dans des cas analogues, mais où le hoquet durait moins longtemps, j'ai obtenu la cessation par le lavage de l'estomac avec une solution antiseptique après évacuation. Il a suffi, dans d'autres cas, de faire observer l'antisepsie gastrique par les naphtols et le salicylate de bismuth, à doses faibles et fréquemment répétées. Je me suis

souvent bien trouvé de les associer à l'eau chloroformée et à un peu d'opium ou de morphine.

Bétol ou benzoate de naphthol	2 à 3 gr.
Salicylate de bismuth	3 à 5 gr.
Eau chloroformée saturée	60 gr.
Sirop de morphine	30 gr.
Eau distillée	100 gr.

par cuillerées plus ou moins fréquentes.

J'ai vu un cas de hoquet intéressant par la *cause diathésique* qui l'actionnait et qu'il est bon de connaître, parce que le pronostic se trouve ici éclairé, comme la thérapeutique, par la connaissance de cette cause ; je veux parler d'un *hoquet prémonitoire d'un accès de goutte*. Je sais bien que chez ce goutteux il existait des troubles digestifs et que, lorsque l'accès de goutte a éclaté, le hoquet qui durait depuis quinze jours, malgré beaucoup de médications visant l'estomac comme le système nerveux, a disparu comme par enchantement. Ce qui me fait penser que cependant l'uricémie peut par elle-même provoquer le hoquet, indépendamment des troubles gastriques, c'est que j'ai souvenir de deux hoquets liés à des états dyscrasiques : l'un à l'*urémie* au cours d'une néphrite interstitielle, alternant avec la dyspnée sans signes stéthoscopiques et la respiration de Cheyne-Stokes, il reparut plusieurs fois, dans le cours de cette affection, cédant aux purgatifs drastiques et au régime lacté.

L'autre existait chez un *diabétique* et fut le premier signe révélateur ; il reparaissait fréquemment, durait fort longtemps chaque fois. Rien n'attirait l'attention sur la composition des urines ; ce qui prouve une fois de plus qu'il faut les analyser systématiquement chez tous les malades ; elles contenaient une forte proportion de glycose ; la glycosurie, vigoureusement attaquée, céda au bout de peu de semaines, le hoquet devint de plus en plus rare et disparut avec elle.

Ici se limitent les cas favorables de hoquet opiniâtre qu'il m'ait été donné d'observer. Ceux dont je vais parler se sont terminés tous mal. J'ai eu l'occasion d'en citer deux dans de précédents articles.

Un homme atteint d'artério-sclérose avec cirrhose hépatique eut un *érythème polymorphe*, surtout scarlatiniforme et desquamatif ; en même temps que s'opérait la poussée congestive sur les téguments, il y eut des troubles digestifs qui dépendaient sans doute d'une congestion généralisée de la muqueuse des voies digestives, car il y eut successivement stomatite, douleur sur le trajet de l'œsophage et spasme de ce conduit, vomissements et diarrhée. En même temps que ces troubles s'installait un hoquet aussi violent qu'opiniâtre qui dura jusqu'à la mort du patient.

J'ai parlé aussi d'un éminent ingénieur brésilien qui est venu mourir à Paris pendant l'exposition de 1889 d'une *pneumonie*. Un hoquet très intense et très tenace accidenta l'évolution de la maladie principale ; il était peut-être en rapport avec les troubles digestifs qui furent aussi très accentués et peut-être avec des ulcérations intestinales qu'il n'est pas exceptionnel de rencontrer à l'autopsie des pneumoniques.

Un chimiste portugais atteint de tuberculose pulmonaire, en voie d'amélioration sous l'influence d'un traitement créosoté énergique, a l'imprudence de faire une sortie par un jour des plus froids de l'hiver. Il rentre glacé et frissonnant, et peu après se déclare un hoquet extrêmement intense qui était symptomatique d'une *pleurésie diaphragmatique* ; malgré les moyens nombreux mis en œuvre, et notamment plusieurs injections de morphine, je ne pus faire cesser ce hoquet jusqu'à la mort, qui survint au bout de quatre jours.

Enfin, je viens de relater à la Société médicale des hôpitaux un cas d'ictère par obstruction des voies biliaires dans lequel a existé un hoquet opiniâtre pendant dix jours ; cette observation mérite d'être résumée en quelques mots. Un homme de 56 ans entre à l'hôpital pour un ictère à début très récent que l'absence de tout commémoratif pathologique, de toute douleur et de déformation du foie devait conduire à faire considérer comme un ictère simple par catarrhe du duodénum et du cholédoque. Bientôt survient un hoquet qui va croissant d'intensité et de fréquence pour ne cesser qu'à la mort du malade à laquelle il a dû contribuer par épuisement nerveux, ayant empêché pendant dix jours l'alimentation et le sommeil. L'autopsie a montré que le canal hépatique et le cholédoque s'étaient trouvés obstrués par l'engagement de la membrane d'enveloppe d'un kyste hydatique suppuré demeuré latent jusque là comme cela arrive si souvent. Deux autres kystes existaient, l'un en voie de destruction par suppuration et communiquant, comme le premier, avec les voies biliaires ; un autre encore intact avec son contenu limpide, incolore et transparent contenant des hydatides. Le foie était parsemé d'abcès aréolaires dans lesquels fourmillait le bacille commun du côlon (bacille d'Escherich). Ce côli-bacille a été retrouvé aussi dans le sang du cœur droit et dans la sérosité des méninges ; le malade avait succombé à une infection généralisée par le côli-bacille, après que ce microbe, remontant depuis l'intestin le long des voies biliaires, eut provoqué la suppuration des kystes hydatiques et l'angiocholite suppurée.

Mais, pour en revenir au hoquet, je me suis demandé quelle en était, dans ce cas, la pathogénie ; irritation des origines centrales des phréniques par le poison biliaire qui imprégnait le système nerveux, érosions gastriques que révéla l'autopsie (il y avait des hématémèses), ou réflexe provoqué par les nerfs des canaux hépatique et cholédoque soumis à une extraordinaire distension ; (le cholédoque avait un diamètre de 4 centimètres).

Quoi qu'il en soit, j'ai mis tout en œuvre pour faire cesser ce hoquet qui était un supplice pour le pauvre malade. J'ai d'abord essayé le procédé si simple que M. Leloir (de Lille) communiquait récemment à l'Académie des sciences et que je trouve attribué dans le Traité de thérapeutique de Soulier à M. Grognot (de Lille), je veux dire la compression des phréniques entre les deux faisceaux inférieurs du sterno-cléido-mastoïdien. C'est la troisième fois, depuis la communication de Leloir, que j'essaie ce moyen et je n'ai encore récolté que trois insuccès. J'ai donné successivement les antiseptiques de l'estomac, les antispasmodiques (éther, valériane, bromure, etc.), les narcotiques (le chloral, la morphine en injections hypodermiques — avec beaucoup de timidité d'ailleurs de peur d'entraver la guérison de l'ictère supposé catarrhal en diminuant la sécrétion urinaire —). J'ai fait l'électrisation du phrénique, j'ai appliqué

des révulsifs sur l'épigastre et les insertions du diaphragme.

Aucun de ces moyens n'a réussi à faire cesser, même pendant quelques heures, les spasmes diaphragmatiques. Ce sont les inhalations de chloroforme, poussées jusqu'à l'engourdissement, qui seules donnaient quelque soulagement et que le malade a réclamées tant qu'il a eu conscience de sa souffrance.

Je terminerai cette revue rapide des causes du hoquet opiniâtre en concluant que le traitement du hoquet rebelle doit être essentiellement basé sur la recherche pathogénique: celle-ci permettra d'obtenir surtout un bon résultat dans les cas où le tube digestif est le *primum movens*, dans certaines dyscrasies et auto-intoxications. Les résultats seront bien peu avantageux, sinon nuls, quoi qu'on fasse, dans les cas où le hoquet rebelle est lié à une maladie grave des voies respiratoires, ou du foie. En général, un hoquet opiniâtre qui résiste à trois ou quatre jours de traitement bien conduit est du plus mauvais pronostic.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Association générale organise une *Caisse indemnité de maladie.*

Nos lecteurs se réjouiront avec nous de cette excellente nouvelle. Ils recevront, au premier jour, le texte du rapport de M. Bucquoy, que discutera l'Assemblée générale d'avril. La Caisse spéciale en préparation bénéficiera de tout l'effort pécuniaire dont est capable l'Association, effort modeste, puisqu'elle ne tire ses ressources que d'une insuffisante cotisation de 12 fr., cotisation qui, pourtant, jointe aux dons, a porté à près de trois millions l'avoir actuel de l'Œuvre. C'est là un des miracles du principe de toutes les Sociétés et si l'Association a pu constituer le capital des cent pensions temporaires d'assistance, comme elle se propose de laisser pour le moment de côté cet objectif, la *Caisse indemnité de maladie* va se constituer.

Nous aurons à rechercher si les voies et moyens proposés par le Conseil général sont suffisants et si on ne pourrait pas les compléter par diverses mesures. Pour le moment, il nous suffit de voir triompher un principe qui nous est cher. Nous n'avons pas épargné nos efforts pour ce succès. Nous voudrions seulement prémunir nos lecteurs contre les illusions qu'ils pourraient concevoir et les préparer à des sacrifices nécessaires.

L'Association ne pourra dispenser à ses membres que ce qu'elle en recevra. Elle ne reçoit presque rien; elle donnera un peu plus, puisqu'elle compte, parmi les siens, de généreux donateurs. Mais qu'on se persuade bien que nous n'allons voir naître qu'un embryon de *Caisse d'indemnité de droit*.

En effet, si nos calculs ont démontré, sans trouver des contradicteurs, qu'avec une cotisation annuelle de 48 francs, la caisse d'indemnité pourra donner 1,200 fr. d'indemnité annuelle aux malades, même aux chroniques, ces calculs reposent sur cette donnée que *l'accès de la Caisse n'est ouvert qu'aux adhérents de bonne santé et d'un certain âge*. Or, la caisse d'indemnité de l'Association devra s'appliquer à ses huit mille membres, sans distinction. Donc la cotisation annuelle de 48 francs, multipliée par huit mille membres, soit *384 mille francs*, ne suffirait pas aux exigences rigoureuses d'une œuvre de droit strict.

En conséquence, pas d'illusions possibles.

L'organisation projetée ne peut que consacrer le principe, que dessiner les linéaments de l'œuvre future.

Il faudra, même pour cette organisation embryonnaire, si on veut qu'elle ne soit pas sans valeur, commencer par élever la cotisation statutaire de 12 fr. et la porter à *deux sous par jour, c'est-à-dire à 36 francs*.

Qu'on ne nous dise pas que ce sera impossible; ce ne sera même pas difficile, puisque, en regard du sacrifice, on pourra offrir aux sociétaires un avantage matériel précis et indiscutable: le droit à l'indemnité en cas de maladie.

Cette mesure, indispensable, n'est pas suffisante, et puisque le gouvernement a répondu que tous les sociétaires devaient cotiser uniformément, dans les Sociétés de secours mutuels, que c'était la loi et qu'on n'y pouvait déroger que par une loi nouvelle, il faut obtenir cette modification à la législation des sociétés mutuelles. L'*Angleterre*, l'*Espagne*, l'*Italie* ont précédé la France dans cette voie et nous tenons du Directeur des Sociétés de secours mutuels que cette réforme est souhaitable et souhaitée par la plupart des sociétés qui feraient sûrement campagne avec l'Association générale pour l'obtenir.

Alors, par la cotisation relevée à 36 francs, on aurait une *caisse indemnité de maladie de droit relatif*, à laquelle, plus tard, viendrait se joindre une *caisse d'indemnité de droit absolu*, pour les sociétaires qui consentiraient à verser une cotisation en rapport avec leur âge et leurs besoins.

Nous publierons, dès son apparition, le rapport de M. *Bucquoy* et après entente avec le Conseil de Direction du concours et avec le Bureau de l'Union des Syndicats, nous prendrons les déterminations que nous jugerons opportunes.

A. C.

REPORTAGE MÉDICAL

M. le Dr Fleury, à Saint-Etienne, Membre de la Société, a dernièrement été l'objet de la part de M. le Ministre de l'Intérieur d'une distinction honorifique.

— *La loi sur l'exercice de la médecine au Sénat.* — L'article 14, qui autorise les médecins, les dentistes et les sages-femmes à se constituer en associations syndicales, a été combattu par M. Tolain — ami des syndicats en général, mais ennemi des nôtres — et, ce qui est plus grave, par le gouvernement, représenté par le président du Conseil.

Finalement, l'article 14 a été repoussé par 111 voix contre 110.

Nous espérons que lors de la seconde délibération, il se formera une majorité en sens inverse. Nous sommes absolument certains que plusieurs

sénateurs, partisans des syndicats médicaux, manquaient malheureusement à la séance d'avant-hier. Parmi eux, figurent deux membres de la commission sénatoriale qui a préparé le projet de loi.

Ajoutons, du reste, qu'il résulte d'une rectification faite au procès-verbal de cette séance, que c'est par erreur que M. Combes a été porté comme n'ayant pas voté ; il a voté *pour* les syndicats. Cette rectification ne change pas le résultat, mais elle montre qu'en réalité il y a eu autant de voix *pour* que *contre* les syndicats.

(*Le Bulletin médical.*)

Un nègre. — Le tribunal de Rutherford (Tennessee) est saisi d'une affaire fort délicate. Un nègre, jusque là considéré comme le fils d'un père et d'une mère tous deux blancs, se voit contester la part qui lui revient dans l'héritage de ses parents par un frère et une sœur nés des mêmes parents que lui, mais, comme eux, de race blanche, sous prétexte qu'un nègre ne saurait être leur frère. Il s'agit donc d'établir si un homme et une femme de race blanche pure peuvent procréer un nègre. Les médecins experts sont appelés à trancher la question.

Un curieux procès. — Le docteur Malins (de Birmingham) avait eu en traitement une jeune fille qui souffrait d'une affection ovarique. Il lui fit une laparotomie exploratrice, mais, n'ayant rien trouvé d'anormal, il décida de laisser les ovaires intacts. L'année suivante, la malade s'adressa à Lawson Tait qui, lui ayant ouvert le ventre, ne trouva pas l'ovaire gauche et fit l'ablation du droit. La jeune fille porta alors plainte contre le docteur Malins, l'accusant de lui avoir enlevé l'ovaire gauche à son insu et sans son consentement. Cette accusation avait l'appui de Lawson Tait. Ça c'est raide, vous avouerez. Car, enfin, Lawson Tait voulait enlever les deux ovaires. La demoiselle en aurait-elle été plus avancée.

Le docteur Malins soutenait qu'il n'avait rien extirpé. Les juges se trouvaient donc dans une situation embarrassante, et la seule solution convenable paraissait être une troisième laparotomie qui aurait permis de constater l'état des lieux. Heureusement que, sur ces entrefaites, la jeune fille devint enceinte, ce qui l'a fait débouter de sa demande.

(*Province médicale.*)

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le docteur Renaud, de Loches (Indre-et-Loire), membre du Concours médical.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

3697. — M. Perret, médecin, à Romans (Drôme), membre de la Société locale des médecins de la Drôme et de l'Ardèche.

3698. — M. le docteur Henne, 26, av. de la République, à Paris, membre de l'Association syndicale des médecins de Paris.

3699. — M. le docteur Débu, de Saint-Germain-de-Laval (Mayenne), présenté par M. le Directeur.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-And

Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année — N° 14 — 2 Avril 1892

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LES SYNDICATS MÉDICAUX
devant le Sénat.

Vendredi, 25 mars, lorsque le journal a été mis en pages, la cause des syndicats était compromise, par le fait de la suppression de l'article 14. — Le Conseil de Direction du Concours et le Bureau de l'Union étaient convoqués pour le dimanche 27 et nous faisions, en attendant toutes les démarches possibles, pour intéresser, à notre cause perdue, mais dont nous pouvions appeler en seconde lecture, Sénateurs et journalistes.

D'autre part, le rapporteur, M. le professeur Cornil, et la Commission, avaient une longue entrevue avec M. Loubet et M. Henri Monod. M. le Président du Conseil n'était pas hostile aux Syndicats médicaux ; il exprimait certaines craintes. M. le Directeur de l'Assistance publique était plus difficile à convaincre ; il avait comme objectif principal les grandes questions d'organisation de la médecine publique et des divers services de l'hygiène ; son idéal était la constitution d'un grand nombre de médecins se partageant les diverses fonctions qui en relèvent et couvrant la France d'un vaste réseau, rouage de l'application des futures lois.

M. Cornil et les membres de la Commission faisaient comprendre que les craintes exprimées étaient chimériques et qu'on pouvait d'ailleurs modifier la rédaction de l'article 14 et nous recevions, du rapporteur, la lettre suivante :

« D'accord avec MM. Loubet et Monod, nous nous proposons de rédiger, comme suit, le nouvel article 14 :

« A partir de l'application de la présente loi, les médecins, dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en Associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes. »

En présence de cette communication, nous ne pouvions répondre à M. Cornil avant d'avoir consulté le Conseil de Direction et le Bureau de l'Union et pesé, avec eux, les conséquences de cette addition. Nous convoquions aussi, pour le dimanche, M. Chastenet, notre conseil judiciaire.

La séance, commencée à 1 heure, s'est continuée jusqu'à 6 heures, et M. Chastenet, après que chaque membre de la réunion eût exprimé son opinion, motivait la sienne en ces termes :

Messieurs,

Le projet primitif adopté par la Chambre portait : « A partir de l'application de la présente loi, les « médecins, dentistes, sages-femmes jouiront du « droit de se constituer en associations syndicales, « dans les conditions de la loi du 21 mars 1884. »

Cet article ayant été repoussé par le Sénat, le gouvernement et le rapporteur veulent bien le reprendre, mais en y ajoutant, en manière de concession à la haute assemblée, ce membre de phrase restrictif : « pour la défense de leurs intérêts pro- « fessionnels à l'égard de toutes personnes autres « que l'Etat, les départements et les communes. »

Devez-vous accepter cette rédaction transactionnelle ? Telle est la question que vous me posez et à laquelle je n'hésite pas à répondre d'une façon affirmative.

Non pas évidemment que les préoccupations auxquelles répond cette formule se comprennent en aucune manière. On donnerait malaisément les raisons d'une législation pour, ou plutôt contre les médecins.

Tandis que sous la poussée de la loi du 23 mars 1884 les membres de toutes les professions s'empressaient de s'unir, de se grouper, de se syndiquer, on refusait le bénéfice de cette loi aux médecins dont on avait le moins à craindre qu'ils en fissent un instrument d'accaparement, de coalition, ou de grève. La jurisprudence en donnait ce prétexte que ceux-ci ne sauraient avoir d'intérêts professionnels et économiques !

A l'occasion du nouveau projet de loi, vous en appelez au parlement d'une théorie aussi insolite. Mais alors on vous objecte vos rapports nécessaires et fréquents avec les pouvoirs publics. On soutient même que vous êtes parfois de véritables fonctionnaires. Cette qualification est manifestement

inexacte. A part les médecins militaires pour lesquels la qualité de militaire prime tout, et depuis qu'il n'y a plus des médecins inspecteurs des eaux qu'avait créés l'ordonnance du 23 décembre 1874, je ne connais pas une de vos fonctions à propos de laquelle on puisse prétendre que vous êtes fonctionnaires au sens juridique du mot. Bien qu'une définition précise n'ait jamais été donnée, on s'entend généralement à reconnaître deux éléments constitutifs de cette qualité : la nomination directe par décret présidentiel, une délégation pareille de la puissance publique avec pouvoir de décision propre. Or, dans les nombreux mandats temporaires ou permanents que les pouvoirs publics peuvent vous conférer, vous n'agissez jamais que comme médecins, et l'Etat, le département ou la commune, ne sont jamais que vos clients ordinaires ou accidentels. La nature même de vos rapports avec les pouvoirs publics loin de former obstacle à vos associations professionnelles, devrait être pour l'Etat une raison d'encourager votre union et votre discipline. N'est-ce pas ainsi que, bien avant la loi générale de 1884, il a été fait pour les notaires, les avoués, les avocats, les agents de change, etc.? Et en pratique, bien que l'on ne reconnaisse à vos syndicats qu'une existence de fait, est-ce que tous les jours les préfets, l'administration, les pouvoirs publics ne font pas appel à eux ?

En réalité, la préoccupation qui vient de se faire jour dans les discussions de l'article 14 est la même que celle qui domine dans la discussion également actuelle du projet Bovier-Lapierre. Le parlement veut bien favoriser les syndicats envers et contre tous, mais non envers l'Etat. Celui-ci n'admet pas qu'il puisse avoir affaire aux syndicats dans les questions d'honoraires ou de salaires. Pourquoi ? « *Quia nominor leo* », peut-il répondre. La restriction que l'on propose au texte primitif de l'article 14 a précisément pour but de donner satisfaction à cet état d'esprit et à ces préoccupations.

Sans doute, elle nous paraît déraisonnable et contraire aux principes de liberté dans le droit et de l'égalité dans la loi.

Mais est-ce là une raison pour repousser cette restriction du droit que vous revendiquez, alors qu'elle est la condition même de la reconnaissance de ce droit et puisque, si vous la repoussiez, ce serait le rejet absolu et certain de l'article 14 ? Mieux vaut encore une satisfaction restreinte que de n'en obtenir aucune.

Mais bien mieux, en réalité et si nous allons au fond des choses, cette restriction est sans importance. Si, comme nous l'avons vu, elle n'a pas de raison d'être, elle n'a non plus aucune sanction.

Vous n'avez d'abord jamais entendu vous servir de vos syndicats pour entraver la marche des services publics. A ce titre, la prohibition est vaine et inutile.

On peut considérer encore les syndicats sous deux autres points de vue : les avis qu'ils peuvent donner, les actions judiciaires qu'ils peuvent exercer en raison de leur personnalité morale.

Certes, vos syndicats continueront à émettre des vœux, des avis et quelquefois même des plaintes. Mais à cela la personnalité civile importe peu. Il importe peu que de telles délibérations soient ou non d'une régularité juridique. Ce ne sont là, en effet, que des manifestations d'opinions. Les manifestations de cet ordre ne valent que par leur valeur intrinsèque et le cas qu'il plaît à l'administration d'en faire. Que leur servira d'être régulières en la forme si on n'en tient nul compte ? Qu'importe qu'elles ne le soient pas si on en reconnaît le bien fondé ?

Quant aux actions judiciaires que votre personnalité civile vous permettrait d'exercer, je ne vois aucun cas où elles pourraient être dirigées contre l'Etat, le département ou la commune. Vous pourrez bien citer en justice pour la défense de vos intérêts contre ceux qui y portent atteinte, par exemple par l'exercice illégal de la médecine. Il n'en est pas de même en matière d'honoraires qu'il s'agisse de l'Etat ou de tout autre client. Si un médecin a des difficultés de règlement d'honoraires, par exemple, à propos d'une expertise légale, il ne peut pas plus à l'égard de l'administration que de ses clients ordinaires substituer à son action individuelle celle des syndicats.

Donc, et pour conclure, ce qui doit vous préoccuper avant tout, c'est la reconnaissance légale de vos syndicats. Quant au prix ou à la restriction qu'on y met, celle-ci n'a pas grande importance. Elle est peu raisonnable mais elle ne comporte pas de sanction.

Si nos législateurs vous accordent au fond ce que vous voulez, si la loi est bonne quoique mal faite, c'est affaire à eux et non plus à vous ».

Après discussion, on fut d'avis unanime qu'il fallait accepter et le Directeur du Concours rendit visite samedi matin à M. le rapporteur pour lui remettre la lettre suivante et lui fournir divers renseignements qu'il réclamait pour la discussion à intervenir.

M. le rapporteur et très honoré maître :

Nous avons examiné, avec attention, les objections qui ont été faites, à la Commission, par M. le président du Conseil et par M. le directeur de l'Association publique en France, à l'article 1[illegible] et la modification que, d'accord avec eux, vous avez appportée à sa rédaction primitive.

« A partir de l'application, etc... »

Nous nous empressons de vous informer, M. le rapporteur, que nous acceptons cette nouvelle rédaction.

« Suivaient diverses considérations qu'il est inutile de relater. »

Agréez, etc.

Pour le Concours médical,

le Directeur :

A. Cézilly.

Pour le bureau de l'Union des Syndicats,

le Président :

de Fourmestreaux.

Le Directeur du Concours remettait à M. Cor[illegible] une collection complète de tous les Bulletins des Syndicats publiés depuis 1884, afin de convaincre M. Tolain, par le seul énoncé des sommaires que les médecins avaient des intérêts divers à débattre, puisque, depuis 10 ans, ils se réunissaient dans ce but et que leurs délibérations étaient consignées dans la volumineuse collection du Bulletin des Syndicats.

Cette affaire réglée, la réunion décidait le texte d'une lettre qui devait être imprimée de suite et envoyée au domicile particulier de chaque Sénateur qui pourrait ainsi en prendre connaissance avant la séance de mardi :

Monsieur le Sénateur,

En présence du vote du Sénat rejetant l'article de la loi sur l'Exercice de la Médecine, il nous est impossible de rester silencieux et impossible aussi de suivre les voies habituelles du pétitionnement pour nous adresser à vous, puisque le temps nous manque et que, cet article ayant été accepté par le Gouvernement devant la Chambre des Députés nous ne nous attendions à aucune opposition.

M. Tolain a déclaré ne pas voir les raisons pour lesquelles les Médecins demandaient à se syndiquer.

Ces raisons sont multiples.

Tout d'abord, le corps médical a le droit et le devoir, en vue du bien public, de s'opposer à l'exercice illégal, et il ne peut le faire utilement qu'en agissant en nom collectif.

Il a des intérêts à discuter avec les collectivités multiples au milieu desquelles il vit : sociétés industrielles, compagnies d'assurances diverses et même sociétés de secours mutuels. Celles-ci, en effet, absolument respectables quand elles demandent au médecin son concours à prix très réduit, pour empêcher de tomber dans la misère l'ouvrier condamné au chômage par la maladie, font œuvre d'exploitation, quand elles acceptent, comme membres participants, des patrons, des gens riches — plus riches certainement que les médecins auxquels elles s'adressent.

Où les médecins, s'ils n'ont le droit de se syndiquer, discuteront-ils ces intérêts communs ? Leurs sociétés scientifiques ont un autre objet ; les statuts de leurs sociétés de prévoyance le leur interdisent.

Enfin les Syndicats médicaux font œuvre éminemment moralisatrice au point de vue professionnel. Dans le Syndicat, le jeune médecin apprend quels sont ses devoirs vis-à-vis de ses confrères et de ses clients ; c'est là seulement qu'il trouve des règles de Déontologie précises.

On a pu craindre une coalition des Syndicats médicaux contre les pouvoirs publics : Etat, Départements, Communes. Cette crainte, que rien dans leur conduite, depuis 10 ans, ne justifie, tombe devant la rédaction nouvelle de l'article 14 proposée par la Commission d'accord avec le Gouvernement :

« A partir de l'application de la présente loi, les médecins, dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 Mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les Départements et les Communes. »

Enfin les syndicats médicaux ne pourront-ils, dans une certaine mesure, jouer le rôle de chambres consultatives et donner aux administrations, lorsqu'elles le leur demanderont, un avis éclairé sur la réglementation des services divers qu'elles auront à préparer ?

Depuis dix années qu'ils existent, presque toutes les organisations d'intérêt général, menées à bien par les Préfets, l'ont été de concert avec les syndicats qui se sont efforcés de seconder leur action.

Nous espérons, Monsieur le Sénateur, que toutes ces considérations vous permettront d'adopter la rédaction nouvelle de l'article 14 que proposera la commission, d'accord avec le Gouvernement.

Veuillez agréer, Monsieur le Sénateur, l'expression de notre profond respect.

Le Directeur du Concours médical,
Dr A. Cézilly.

Le Président de l'Union des Syndicats Médicaux,
Dr de Fourmestreaux.

On prenait ensuite connaissance des lettres reçues par le Directeur du Concours, lettres qui désignaient les sénateurs auprès desquels, des membres de nos deux Sociétés, Concours et Union des Syndicats, avaient fait des démarches. M. De Fourmestreaux, le soir même, rendait visite aux Sénateurs de son département. Les Sénateurs de la Seine avaient été sollicités par des membres du Concours de Paris et par des médecins appartenant au Syndicat de la Seine.

Les démarches étaient continuées le lundi et le mardi.

« Nous avons appris mardi, au Sénat, que la discussion était renvoyée à jeudi, 3 heures. Nos lecteurs en connaîtront le résultat, par les journaux. Nous ne pourrons relater la discussion de l'article 14 que dans le numéro 15. Mais nous continuons nos démarches et nous espérons qu'elles seront couronnées de succès. »

LA SEMAINE MÉDICALE

Les Concours d'agrégation.

Nous avons préféré ne pas parler plus tôt de tout le tapage qui s'est fait la semaine dernière au sujet du prétendu scandale de la Faculté. La presse politique a montré une fois de plus combien elle s'entend peu à parler des choses qui concernent les médecins ; le *Temps* seul a compris que les faits ne pouvaient être exposés avec clarté et justice que par un médecin.

Il s'est adressé à notre confrère M. Lereboullet, membre de l'Académie de médecine, mieux placé que personne pour juger avec impartialité puisque il est indépendant de la Faculté et des hôpitaux. Grâce à lui, la question a été traitée d'une manière si parfaite que nous ne pouvons mieux faire que reproduire son article.

M. Lereboullet, ayant rappelé la protestation adressée au Ministre de l'Instruction publique par les cinq candidats non admis au Concours de l'agrégation de médecine, démontre qu'aucune sanction légale ne peut être donnée à cette protestation, mais qu'elle aura probablement pour effet d'amener une réforme radicale dans le recrutement des professeurs de nos Facultés.

«Depuis plusieurs années déjà, parmi les candidats à l'agrégation et même parmi ceux qui aspirent au titre de médecin des hôpitaux, une tradition regrettable tendait à s'établir. Pour être assuré du succès, il suffisait, disait-on, d'avoir parmi ses juges un ou deux des professeurs auxquels on avait été attaché soit comme interne, soit comme chef de clinique, préparateur ou che de laboratoire. *Avoir son jury* paraissait être la seule préoccupation du candidat. De toutes les compositions, la seule importante semblait être la *composition du jury*. N'était-ce point nier *à priori* la valeur des épreuves du concours et, par suite, contester la probité des juges ? Ceux-ci, d'ailleurs, paraissaient parfois encourager ces tendances. En raison de la concurrence qui multipliait chaque jour le nombre des candidats, en raison surtout de la difficulté que l'on éprouvait à reconnaître, après une leçon imposée par le sort, la valeur réelle d'un médecin dont les travaux scientifiques étaient souvent considérables, quelques-uns de nos maîtres les plus éminents n'hésitaient pas à affirmer que le concours n'est qu'une élection déguisée et qu'il vaut infiniment mieux donner sa voix à un candidat dont on connaît la science et l'activité laborieuse, qu'à celui qui aura prouvé, par de brillantes leçons, son talent d'élocution ou ses connaissances générales. La réforme des concours d'agrégation imposée il y a quelques années n'avait point modifié ces traditions. L'*épreuve de titres* substituée à la composition écrite et à la thèse ne pouvait facilement être appréciée par un coefficient mathématique. Il en résulta que peu à peu, à la suite de chacun des concours, on prit l'habitude de protester contre des jugements qui ne pouvaient avoir pour

sanction l'opinion d'un public n'assistant qu'aux épreuves orales. C'est ainsi qu'en 1886 l'un des juges de province donna sa démission, se retirant en plein concours, et que le président, M. Hardy, faillit imiter son exemple. En 1889, des dissentiments non moins profonds, ayant provoqué entre les membres du jury des discussions assez vives, motivèrent de la part des candidats une protestation analogue à celle qui fait tant de bruit. Ni en 1886, ni en 1889, la presse politique ne fut appelée à discuter ces regrettables incidents. Ceux dont elle s'occupe aujourd'hui paraissent infiniment moins graves.

Il ne s'agit plus, en effet, de dissentiments survenus entre les membres du jury. Ce que l'on a oublié de mentionner, ce qu'il importe, au contraire, de bien faire ressortir, c'est *la presque unanimité des votes qui ont déterminé les choix contre lesquels on proteste*. Sur 43 scrutins nécessités tant pour l'admissibilité que pour les épreuves définitives, une forte majorité s'est toujours trouvée pour affirmer la légitimité des désignations faites au scrutin secret. Le jury ne comprenant que 8 membres (comme il y a six ans sous la présidence de M. Hardy et il y a trois ans sous la présidence de M. Brouardel), *il n'est pas arrivé une seule fois que le président ait pu invoquer le bénéfice d'une voix prépondérante*. Les trois premiers agrégés ont été élus au premier tour et à l'unanimité des voix. Le quatrième a été nommé au premier tour et par 6 voix contre 2. Seul, le cinquième, dont les leçons orales avaient été très remarquées et très applaudies par tous les assistants, n'a été élu qu'au troisième tour et par 5 voix contre 3.

Cette fois donc il semblait bien à tous ceux qui avaient assidûment suivi ce concours et qui avaient, sans parti pris, noté leurs impressions que le jury avait dû ne tenir compte que de la valeur des épreuves et de la manière plus ou moins brillante dont chacun des candidats avait mettre en relief ses qualités professorales. Je reconnais qu'on ne s'attendait pas, sauf pour les trois premières places, au résultat annoncé. Parmi les candidats élus, il en était qui ne devaient qu'à la manière dont ils avaient concouru un succès d'ailleurs légitime. Parmi les candidats évincés, il en était que leurs services antérieurs et leurs titres scientifiques semblaient désigner d'avance au choix de leurs juges. Mais ne faut-il pas reconnaître que, le nombre des élus étant limité, il est parfois difficile, lorsque les épreuves sont aussi différentes et les candidats aussi distingués, de rendre un jugement incontesté ? Et les majorités obtenues par les nouveaux agrégés ne semblent-elles pas aujourd'hui de nature à faire taire toutes les protestations ?

Or c'est le contraire qui arrive. Deux ordres de critiques sont adressés au jugement rendu par le jury d'agrégation. On lui oppose un vice de forme, c'est-à-dire une erreur de procédure entraînant l'annulation du vote. On insinue que des injustices ont été commises et que le président du jury a exercé sur ses collègues une pression illégale. Examinons. Le vice de forme qui devra, affirme-t-on, motiver l'intervention du conseil d'Etat, se résume en ceci. Au moment où le président du jury, M. Bouchard, ouvrait la première séance, il recevait une lettre de M. G. Sée. Celui-ci annonçait que, retenu par une maladie accidentelle, il se trouvait empêché de se rendre à la convocation qui lui était adressée. M. G. Sée affirmait devoir être en état de prendre séance au bout de quelques heures. M. Bouchard soumit dès lors à ses collègues les deux questions suivantes : faut-il ouvrir le concours, nommer un juge suppléant en remplacement du titulaire malade et faire l'appel des candidats ? Vaut-il mieux, au contraire, suspendre la séance, attendre le rétablissement de M. G. Sée et ne constituer le jury que lorsque notre collègue sera en état de prendre séance ? Le jury, à l'unanimité des membres présents (je cite ici les termes précis du procès-verbal), « décide de prolonger la séance pour donner satisfaction au désir exprimé par M. Sée, et de ne procéder en son absence qu'aux actes préliminaires antérieurs à la constitution du jury et au début des opérations du concours ». De ce document officiel il résulte que le jury a été unanime à suspendre la séance ; que celle-ci a été reprise en présence des juges suppléants et de M. Sée ; qu'une seule feuille de présence et un seul procès-verbal ont été établis pour cette première séance qui a duré vingt-six heures avec une suspension de vingt-trois heures ; qu'aucun des candidats n'a eu l'idée de protester contre la décision unanime du jury ; que *tous, reconnus admissibles, ont admis la légitimité de ce premier vote* ; que dès lors, au point de vue du droit, aucune objection sérieuse ne peut lui être faite. Ajoutons que, M. Sée étant retombé malade après trois séances et le jury ayant été réduit à huit membres (comme en 1886 et en 1889), il n'en est résulté aucun changement appréciable, puisque, dans les 43 scrutins auxquels il a été procédé, le président n'a jamais eu l'occasion de faire valoir son droit en usant d'une voix prépondérante.

Si les irrégularités matérielles invoquées contre la décision du jury n'existent pas, est-on en droit d'affirmer que des injustices ont été commises ? On a insinué, il est vrai, que l'autorité du président du jury avait été telle sur ses collègues que tous, sans exception aucune, ont commencé par voter pour trois de ses élèves, reçus les premiers, et qu'ils ont ensuite, en grande majorité, suivi ses indications pour les votes ultérieurs. Mais faut-il s'attarder à relever ce que cette imputation a de blessant, non pour le maître éminent auquel on attribue une si redoutable puissance, mais bien pour les professeurs de la Faculté de Paris ou des Facultés de province, dont on interprète si singulièrement l'intelligence et le caractère? Je ne le pense pas. Ce qu'il importe de signaler avant tout et surtout, c'est l'état d'esprit que dévoile un semblable conflit.

Attaquer l'honnêteté professionnelle de tous ceux qui, dans les hôpitaux ou dans les Facultés, sont appelés à élire leurs collègues, c'est porter atteinte au prestige et à la renommée de nos établissements d'enseignement supérieur, c'est affaiblir aux yeux de tous la considération due à ceux qui ont reçu la mission de guider et d'instruire la jeunesse française. Ce n'est point démontrer l'opportunité et la valeur de certaines réformes ; c'est affirmer que tout est à refaire dans nos Facultés, à commencer par l'éducation morale. C'est pourquoi j'espère que le doyen et les professeurs de la Faculté de Paris sauront intervenir, il en est temps encore, pour apaiser un conflit dont les conséquences seraient désastreuses au point de vue de l'intérêt national.

Quant aux réformes qu'exige l'organisation de

nos Facultés de médecine, ce n'est pas le moment de les étudier dans leurs détails. Il me suffira d'affirmer ici que des incidents comme celui qui vient d'agiter la presse peuvent avoir un résultat utile : celui de modifier profondément les statuts de l'agrégation et, par conséquent, ceux qui régissent le recrutement des professeurs. Il y a trop longtemps que nous réclamons ces réformes pour que nous ne puissions émettre l'espérance que de l'excès du mal pourra sortir le bien.»

Rôle des pediculi dans la propagation de l'impetigo.

Suivant M. *Dewèvre* (Soc. de biologie), les pediculi sont des agents fréquents de la contagion de l'impetigo. Ils jouent, en outre, un rôle important, bien qu'inférieur à celui du grattage, dans la dissémination de la maladie chez le sujet qui en est atteint. Il y aura donc toujours lieu de s'occuper de l'existence des pediculi quand il s'agira d'instituer le traitement de l'impetigo.

Pneumonie traitée par la méthode de Fochier

M. *Fochier*, professeur d'accouchement à Lyon, préconise une méthode thérapeutique qui consiste, à provoquer, dans les maladies infectieuses notamment dans la fièvre puerpérale la formation d'abcès sous-cutanés par des injections d'essence de térébenthine dans dans le tissu conjonctif. (On injecte un centim. cube à chaque point et on fait plusieurs piqûres.) Cette formation d'abcès qu'il appelle *abcès de fixation* empêcherait, d'après M. Fochier, le pus de se collecter dans les cavités viscérales. On créerait, en effet, un lieu de moindre résistance, une sorte de terrain de culture très favorable, dans lequel les microbes pyogènes, se développant très facilement, seraient appelés et ne se réuniraient plus dans les viscères primitivement atteints.

M. Fochier avait préconisé sa méthode contre la fièvre puerpérale ; M. Lépine l'a, peu après, appliquée à un cas de pneumonie, cas désespéré et en imminence de suppuration.

Voici le résumé de l'observation :

Le malade, âgé de 36 ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 16 janvier, le jour même du début de la maladie. Il fut traité par des injections de digitaline cristallisée. La température était élevée, la dyspnée excessive, 80 respirations par minute. Tout le poumon droit était hépatisé et le poumon gauche était congestionné. Une saignée de 300 grammes fut pratiquée. Le résultat fut nul et l'état général s'aggravait. Aux neuvième et dixième jours, le malade était dans l'adynamie, le onzième et le douzième jour, à l'adynamie s'ajoutaient des crachats purulents.

C'est ce jour-là que M. Lépine injecte 4 centimètres cubes d'essence de térébenthine (1 centigr. à chaque membre). A la suite, élévation de la température de deux dixièmes. Le lendemain, on constatait de l'empâtement phlegmoneux au niveau des piqûres et un abaissement de température.

Le dix-huitième jour les phlegmons furent incisés et la température tomba de suite à 38. Actuellement le malade est guéri.

Dans la dernière séance de la Société des hôpitaux de Paris, M. *Dieulafoy* vient de relater un deuxième fait analogue. Son importance nous invite à le reproduire avec des détails.

Il s'agit d'une pneumonie grippale.

Une femme de 47 ans, dit M. Dieulafoy, entre dans mon service à Necker, le 25 février, pour une grippe qu'elle traînait depuis un mois environ. Les frissons, la céphalée, la toux, les vomissements, avaient été les symptômes dominants, mais depuis la veille, une douleur vive est apparue au côté droit de la poitrine avec dyspnée intense ; râles crépitants et souffle bronchique à la partie moyenne du poumon droit. Les autres organes sont sains.

Le 25 février au soir la température atteint 40° ; prostration grande ; délire. L'agitation s'accentue ; la pneumonie a gagné d'une façon diffuse tout le poumon droit. Crachats rouillés, visqueux, adhérents.

Le 26, on constate, en outre, un début de congestion pulmonaire à la base du poumon gauche. La température vespérale atteint 40°. Le pouls est à 120. Au total, double pneumonie d'origine grippale à tendance ataxo-adynamique précoce.

Le 27, l'état général s'est aggravé. Pouls petit, de mauvaise qualité, à 140 ; 38 respirations par minute. La malade a déliré ; elle répond à peine quand on l'interroge ; adynamie profonde ; crachats grisâtres, purulents, jus de pruneaux, et témoignant du passage de la pneumonie à l'hépatisation grise.

Les différents traitements institués (toniques surtout) ayant absolument échoué, je pense qu'il pourrait être utile de pratiquer des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. J'attends néanmoins, hésitant encore, mais le soir, à quatre heures, en présence de l'état tout à fait grave de la malade, dont le pouls misérable était à 150, en raison de l'état ataxo-adynamique, qui semblait du plus funeste augure, je me décide aux injections.

Avec la seringue de M. Roux, stérilisée, on pratique à la partie externe et moyenne des deux cuisses, et à la région deltoïdienne des deux bras, une injection d'un centimètre cube d'essence de térébenthine, soit 4 centimètres cubes pour les 4 injections. Celles-ci ont été faites, autant que possible, dans la zone cellulaire sous-cutanée, mais il est probable que les injections aux cuisses ont atteint la couche inférieure du derme.

Ces injections ont provoqué une douleur extrêmement vive, qui a duré deux heures environ à l'état très aigu.

Le lendemain matin, 28 février, je constate une légère amélioration : dyspnée moins vive, pouls à 130. L'auscultation donne, à peu de chose près, les mêmes renseignements que la veille.

Les régions qui ont été le siège des injections présentent un empâtement œdémateux, blanchâtre, diffus, plus étendu aux cuisses qu'aux bras, et de la dimension d'une main d'enfant environ.

Le soir, la température monte encore à 39,6 ; mais, bien que les crachats soient toujours purulents et jus de pruneaux, l'amélioration semble s'accentuer.

Le 29, la dyspnée a presque disparu ; le malade a reposé une partie de la nuit. Le pouls est toujours à 130, mais plus fort que la veille. La langue est plus humide, la prostration a totalement disparu. Les râles et le souffle du côté droit ont perdu de leur intensité. Des râles sous-crépitants persistent du côté gauche.

A la région des injections, la tuméfaction s'est

accentuée, mais la coloration blanchâtre a fait place à une teinte bronzée, sillonnée de travées presque violacées, rappelant l'aspect des phlegmons gangreneux. On ne trouve pas encore trace de fluctuation.

Le 1er mars, l'état de la malade s'améliore franchement. Le pouls est à 110 ; les râles du poumon gauche ont presque disparu. Il reste au poumon droit un souffle léger et des râles gros et humides dans presque toute l'étendue de ce poumon. Les régions des injections ont un aspect livide et violacé qui me donne une certaine inquiétude sur l'issue de ces phlegmons d'apparence gangreneuse ; quelques phlycténes ont même apparu.

Le 2, la malade est en pleine défervescence. Son état général est excellent. L'expectoration est composée de crachats muqueux, bien aérés. A dater de ce moment, du reste, la fièvre n'a plus reparu, quoique l'évolution des quatre phlegmons eût abouti à la purulence, comme nous allons le voir.

Le 3, l'amélioration continue. On ne trouve plus que des gros râles muqueux disséminés dans le poumon droit. L'état des parties phlegmoneuses ne s'est pas modifié.

Le 4, bien que la fluctuation ne soit pas encore manifeste au niveau des phlegmons, on pratique néanmoins, avec la seringue de Roux stérilisée, une série de ponctions profondes qui permettent de retirer du pus avec lequel on essaie des cultures qui restent stériles.

Le 5, la malade commence à manger.

Le 10, l'état est tout à fait bon. Fluctuation très nette au niveau des quatre phlegmons. On les ouvre, et un pus franchement phlegmoneux et abondant s'en écoule. Aux cuisses, le pus paraît moins franchement collecté ; il est en partie infiltré dans les aréoles du derme. (Les incisions et les pansements consécutifs ont été faits, bien entendu, avec toute la rigueur antiseptique.)

On essaie de nouvelles et très nombreuses cultures avec le pus retiré de ces quatre phlegmons : mêmes résultats négatifs que précédemment. Une seule culture a donné du staphylococcus albus, mais elle avait été pratiquée non pas avec du pus des parties profondes, mais avec de la sérosité louche d'une phlycténe sous-cutanée.

Le 18 mars, les phlegmons des épaules sont presque guéris : de nouvelles cultures essayées à cette date restent encore stériles. Les phlegmons des cuisses, celui du côté gauche notamment, se sont terminés par une eschare qui a été éliminée quelques jours après sans incident.

En résumé, voilà une femme atteinte de double localisation broncho-pulmonaire, d'origine grippale, à forme ataxo-adynamique et arrivant à la période de suppuration. Cette malade, dont l'état semblait désespéré, s'est rapidement améliorée et a guéri sous l'influence, croyons-nous, de quatre phlegmons *absolument amicrobiens* déterminés par les injections d'essence de térébenthine.

Il est à noter que pendant toute cette phase de suppuration violente, suraiguë, la température ne s'est même pas élevée d'un dixième de degré ; l'absence de fièvre a été absolue.

Je ne me permets pas, pour aujourd'hui, d'aborder la question de théorie. Que ces phlegmons, provoqués dans un but thérapeutique, soient dénommés « abcès de fixation », comme les appelle M. Fochier, ou « abcés de dérivation », qualification que je serais plutôt tenté de leur donner, peu importe. Ce qui importe, c'est le résultat thérapeutique. Il mérite, je crois, d'être pris en trés sérieuse considération. »

M. Chantemesse fait observer à ce propos que, pour expliquer le mode d'action de ces abcès thérapeutiques, deux hypothèses se présentent. La première est celle qui considére l'abcès comme une collection où se rassemble la matière qui infectait l'organisme ; celui-ci s'en trouve par suite débarrassé, d'où le nom d'abcés de fixation proposé par M. Fochier. Si cette opinion était juste dans l'universalité des cas, les abcès provoqués par l'injection sous-cutanée d'essence de térébenthine, qui ont produit de si bons effets dans la pneumonie à son troisiéme stade, devraient renfermer beaucoup de germes soustraits au milieu intérieur. Or, c'est précisément le contraire qu'a noté M. Dieulafoy.

La seconde hypothèse peut se résumer ainsi : ce n'est point par la présence d'une collection purulente que les abcès provoqués agissent, mais bien parce que leur formation est précédée d'une leucocytose extrêmement marquée. Il y a longtemps que M. Brouardel a signalé que les abcès qui surviennent dans la convalescence de la variole sont précédés d'une leucocytose intense. Or, ici, leucocytose et phagocytose ne peuvent être séparées ; la seconde est presque le corollaire de la première. Dans un cas d'infection locale ou générale, au moment où la lutte livrée par l'organisme est indécise, augmenter dans le sang le nombre des leucocytes, c'est amener sur le champ de bataille de nouveaux combattants capables de détruire les microbes.

Peut-être est-ce par ce mécanisme que dans certaines maladies infectieuses agissent les abcès provoqués.

Médicaments toxiques.

M. le Dr *H. Peltier* propose à l'Académie les conclusions suivantes :

1° L'Académie de médecine est invitée à faire dresser et publier tous les ans, sous son contrôle et avec son approbation, un bulletin officiel de tous les médicaments dangereux avec leurs doses maxima ou toxiques pour les enfants et les adultes ;

2° Il sera publié semestriellement, s'il y a lieu, un supplément de ce bulletin officiel, comprenant la nomenclature des nouveaux médicaments introduits dans la thérapeutique pendant le semestre ou le trimestre écoulé ;

3° Tout médecin se tenant dans les limites des doses portées au présent bulletin ne pourra en aucune façon être poursuivi comme coupable d'empoisonnement ;

4° Il ne pourra dépasser ces mêmes doses que sous sa responsabilité personnelle.

Pseudo-lipômes et lipômes.

M. *Antony* (Val-de-Grâce) présente un soldat âgé de 45 ans, paludéen, rhumatisant et alcoolique qui est porteur d'un grand nombre de tumeurs lipomateuses, les unes molles, mobiles, développées dans le tissu cellulaire sous-cutané, les autres dues à une infiltration des parties profondes du tégument. On trouve, chez ce malade, toutes les formes de transition des lipômes, des pseudo-lipômes et de l'œdème rhumatismal.

Le développement symétrique de ces tumeurs paraît une preuve indéniable de leur origine névropathique. Elles sont environ au nombre de 50; la plus grosse a le volume d'une mandarine. Elles ont commencé à apparaître vers l'âge de 18 ans. Elles sont absolument indolores. Celles qui ont été enlevées ne se sont pas reproduites.

OPHTALMOLOGIE

Influence des maladies générales sur l'œil,

Par le Dr A. TROUSSEAU,

Médecin de la Clinique des Quinze-Vingts.

Les maladies générales agissent sur les yeux bien plus souvent que ne le croient les médecins; elles produisent parfois des lésions qui passent inaperçues pendant la maladie et ne se révèlent que pendant la convalescence, voire même beaucoup plus tard ; ceci étant dit pour les maladies aiguës. Dans les maladies chroniques on peut affirmer qu'il est de règle que l'affection oculaire soit d'abord méconnue. Elle amène au début des troubles si peu marqués que c'est à peine si le patient les accuse, le médecin, en général, n'y attache qu'une médiocre importance et il ne se décide à prendre des mesures que lorsque déjà les lésions ont touché quelque partie essentielle du fond d'œil, la macula, par exemple, et qu'il est trop tard pour y remédier. Inversement, certaines maladies générales, l'albuminurie spécialement, restent inconnues jusqu'à que le malade,se plaignant de troubles oculaires qui l'inquiètent, les altérations profondes mettent sur la voie du diagnostic et révèlent la véritable nature des symptômes qui étaient jusque-là mal déterminés.

On peut conclure de ce court exposé que dans les maladies aiguës ou chroniques, l'œil doit être surveillé avec le plus grand soin.

Examinons maintenant les affections auxquelles il peut être exposé :

1° Dans les maladies aiguës ;
2° Dans les maladies chroniques.

I

MALADIES AIGUES.

Dans la période comateuse des maladies très graves (*typhus, choléra*), le patient laisse les paupières ouvertes et ainsi la cornée se trouve exposée à l'air et à toutes les causes d'infection, aussi ne tarde-t-elle pas à s'altérer, s'ulcérer, voire même s'abcéder ; c'est cette variété de kératite qu'on avait appelée à tort neuro-paralytique. Le moyen bien simple de l'éviter est de recouvrir l'œil ou les yeux d'un léger bandeau compressif fermant bien les paupières, ou d'unir les paupières avec de petites bandelettes collodionnées.

Parmi les fièvres éruptives, la *rougeole* est celle qui amène le plus souvent des complications du côté de l'organe visuel. J'ai insisté sur la fréquence et l'importance de ces complications dans un travail spécial et j'ai montré que l'affection morbilleuse frappait l'œil à toutes ses périodes, surtout pendant la convalescence. Au moment de l'invasion il existe de la simple conjonctivite qui peut se métamorphoser en conjonctivite catarrhale intense ou phlycténulaire pendant la période d'état. Alors la cornée peut être altérée, mais bien moins souvent que pendant la convalescence où elle est fréquemment atteinte de kératites phlycténulaires ulcéreuses, parfois de véritables abcès. Il ne faut pas oublier que toutes ces lésions peuvent laisser après elles des leucomes, c'est-à-dire entraîner une réduction visuelle plus ou moins considérable, qui souvent même peut aller jusqu'à l'abolition de la fonction.

Cette fièvre éruptive, même après complète guérison, jouit du triste privilège de favoriser les maladies de l'organe visuel et leurs récidives. Que de mères viennent me dire que leur enfant n'a jamais cessé de souffrir des yeux depuis la rougeole ! Combien de taies cornéennes, de blépharites anciennes, de dacryocystites lui sont justement attribuées ! Combien de strabismes, de vices de réfraction, d'asthénopies, de dacryocystites dont la révélation date de la rougeole. Dans l'étiologie de ces diverses affections il faut aussi tenir compte de la dénutrition et de la diathèse scrofuleuse qui semble être éveillée et irritée par la rougeole.

On croyait autrefois que la *variole* était l'affection qui amenait le plus souvent des maladies des yeux ; j'ai démontré qu'elle devait céder le pas à la rougeole. C'est pendant le cours même de la variole que les complications oculaires sont le plus redoutables et d'autant plus redoutables que le médecin hésite à ouvrir les paupières gonflées ou ne peut y réussir au moment où il serait urgent de surveiller la cornée qui peut être atteinte de kératite, parfois simple, le plus souvent ulcéreuse ou purulente. On comprend les désastres qui peuvent survenir si on n'enraye pas le mal au moyen d'une soigneuse antisepsie et d'attouchements au galvano-cautère. Les yeux sont, dans la majorité des cas, plus légèrement touchés par une simple conjonctivite hypérémique ou catarrhale. Depuis la vaccine la gravité des complications oculaires a bien diminué et aujourd'hui la variole fait notablement moins d'aveugles qu'autrefois.

La *scarlatine*, la *fièvre typhoïde* n'amènent que rarement des kératites ou des abcès de la cornée.

Dans toutes les fièvres éruptives il peut survenir de l'iritis ou de l'irido-choroïdite, mais les manifestations du côté du tractus uvéal sont bien moins fréquentes que celles qui surviennent du côté de la conjonctive ou de la cornée.

La *méningite cérébro-spinale* peut provoquer de l'irido-choroïdite purulente.

Dans la fièvre *puerpérale*, dans certaines infections générales, les yeux peuvent se perdre par suppuration totale, débutant du côté de l'appareil irido-choroïdien : c'est la choroïdite métastatique.

Dans *l'érysipèle* de la face on peut observer de la névrite optique avec atrophie consécutive de la papille. La névrite paraît causée par l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite ou par une complication de méningite.

La *méningite*, cause fréquente de très graves complications oculaires, peut produire l'atrophie d'emblée ou l'atrophie consécutive aux névrites. Il ne faut pas, comme l'a fait Bouchut, exagérer le rôle de l'ophtalmoscopie dans les méningites et l'importance de l'ophtalmoscope pour le diagnostic est moins grande que ne l'a dit cet auteur, quoique très réelle. Très rare est la tuberculose de la choroïde.

II

MALADIES CHRONIQUES.

Les maladies du système nerveux sont, sans contredit, celles des maladies chroniques qui retentissent le plus souvent sur le globe oculaire.

Les *tumeurs cérébrales* s'accompagnent de névrites optiques intenses avec hémorrhagies circumpapillaires ; dans un cas douteux, l'examen du fond d'œil peut ici éclairer le diagnostic, une névrite à caractères particuliers ayant bien des chances de dévoiler la présence d'une tumeur cérébrale.

Les *hémorrhagies cérébrales* peuvent produire des hémiopies, des scotomes, des amblyopies sans lésions visibles.

Le *tabes ou ataxie* frappe l'œil avec une prédilection marquée. Les muscles de l'œil sont souvent paralysés au début ou à la fin du tabes. Au début, ce sont plutôt de simples parésies, se développant et disparaissant facilement, cessant presque tout d'un coup, sans traitement, récidivant avec facilité, affectant un ou plusieurs muscles ensemble ou successivement. Plus tard, ce sont de véritables paralysies à caractère plus précis, à tendance plus fixe.

La pupille peut présenter du myosis ou de la mydriase. Parfois, comme l'a montré Argyll Robertson, la pupille réagit devant un jet de lumière ou à l'accommodation.

Le tabes amène souvent une affection plus grave qui entraîne fatalement la cécité : l'atrophie des nerfs optiques, qui, comme l'a montré Charcot, peut précéder la venue des phénomènes typiques du tabes et même les faire prévoir à l'avance.

L'*hystérie* produit de la diplopie mono-oculaire, de la micropsie et de la mégalopsie, des contractures musculaires, du ptosis pseudo-paralytique (Parinaud), de l'amblyopie avec dyschromatopsie laissant persister la vision du rouge.

La *syphilis* s'attaque aussi à l'œil avec une certaine prédilection, surtout pendant la période secondaire ou secundo-tertiaire. Elle frappe surtout l'iris. On sait la fréquence de l'iritis syphilique, s'accompagnant ou non de gommes de l'iris. La cornée est presque toujours respectée par la syphilis ; j'ai pourtant observé et rapporté un cas de kératite interstitielle dans la syphilis acquise. On peut opposer cette rareté des manifestations cornéennes dans la syphilis acquise à la fréquence de ces mêmes manifestations dans la syphilis héréditaire, où les kératites sont la règle et les iritis l'exception. Les chorio-rétinites sont vulgaires dans la syphilis. Toutes ces affections atteignent exclusivement le globe de l'œil. Les gommes peuvent envahir la conjonctive, voire même la paupière. S'il n'est pas absolument prouvé que le traitement antisyphilitique puisse prévenir les manifestations oculaires, il est hors de doute qu'il les guérit merveilleusement ; d'où l'importance qui s'attache à ce qu'elles soient reconnues et traitées de bonne heure.

La *goutte*, le *rhumatisme* sont causes d'iritis, de sclérites, de choroïdites. J'ai prouvé que les lésions oculaires pouvaient être les premières manifestations de ces diathèses, précéder et faire prévoir des attaques articulaires ou viscérales.

Le *diabète* est souvent invoqué dans l'étiologie des cataractes ; il engendre des rétinites à forme spéciale qui peuvent déceler sa présence par le seul examen oculaire.

L'*artério-sclérose* est une cause d'hémorrhagies de la rétine, peut-être du glaucome, certainement du glaucome hémorrhagique.

Bright et Landouzy ont établi les relations qui existent entre les troubles de la vue et le *brightisme* qui retentit spécialement sur le système neuro-rétinien ; effective des névrites avec hémorrhagies en flammèches accolées aux vaisseaux ou des rétinites avec hémorrhagies et foyers blancs de dégénérescence graisseuse. Les rétinites peuvent exister, alors qu'on ne rencontre pas encore d'albumine dans l'urine. J'ai pu démontrer qu'il était dans ces cas indispensable de répéter les analyses et que, tôt ou tard, l'albumine apparaissait dans les urines. La venue des troubles oculaires chez les brightiques peut être considérée comme un signe de mauvais augure.

Les *troubles utérins* chez la femme sont susceptibles d'amener des complications oculaires, iritis et choroïdites surtout. Parfois, au moment des règles, des poussées d'iritis se produisent chez les jeunes filles à l'époque de la puberté ou chez les femmes à la ménopause, quoique, à ce dernier moment, les choroïdites soient plus fréquentes que les iritis simples.

L'état général des patients influe-t-il sensiblement sur le résultat des opérations pratiquées sur les yeux ? Telle est la question à laquelle le médecin est souvent appelé à répondre, surtout au sujet de l'opération de la cataracte, le trouble cristallinien survenant à une époque de la vie où l'organisme est bien rarement indemne. Je me suis appliqué à résoudre ce point controversé et je suis arrivé à conclure que, chez les malades ou les diathésiques, les opérations oculaires pouvaient être exécutées avec les plus grandes chances de succès, pourvu que l'antisepsie fût rigoureuse, seule l'infection pouvant compromettre le résultat définitif. J'opère journellement des diabétiques, des albuminuriques, des tuberculeux, et n'ai jamais lieu de m'en repentir.

Le grand âge des patients n'est pas non plus une contre-indication aux opérations faites sur les yeux.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Caisse des pensions Belges.

Dans son numéro du 13 février, le *Concours Médical*, de Paris, reproduit *in extenso*, le rapport fait au nom du Comité Directeur de la *Caisse de Pensions du Corps Médical Belge*, à la dernière assemblée générale, et le fait suivre des réflexions suivantes :

« Nos lecteurs verront, par cette lecture, que les difficultés contre lesquelles lutte, avec énergie, la *Caisse des Pensions belges*, tiennent à ce qu'elle alloue la pension non seulement aux sociétaires, mais encore à leurs ayants droit. Cet écueil redoutable a été évité par notre Caisse des Pensions du Corps Médical Français ; elle n'a aucun péril à redouter et ses pensions ne pourront que s'accroître avec le temps. »

Il n'entre pas dans nos intentions d'établir, au moins pour le moment, une étude comparative des deux institutions. Peut-être cette étude nous tentera-t-elle quelque jour, alors que la Caisse qu'ont établie nos voisins aura parcouru une assez longue carrière pour que l'on puisse juger l'arbre à ses fruits.

Aujourd'hui, notre désir se borne à détromper notre sympathique confrère sur la nature des causes qui font obstacle à l'évolution rapide de la Caisse Belge.

Notre Caisse de Pensions, forte de ses vingt-deux années d'existence, s'appuyant sur son capital de 800,000 francs ! et fière des 166 pensions qu'elle dessert en ce moment dans les conditions déterminées par ses statuts, notre Caisse, disons-nous, se sent assez forte, assez sûre d'elle-même pour exposer chaque année, à ses adhérents et au public, sa situation vraie.

A l'encontre des entreprises incertaines et aléatoires, elle n'éprouve nullement le besoin de faire naître l'illusion ou de donner le change, tant s'on faut : elle expose chaque année son bilan sincère et véridique, et s'il lui est permis de se féliciter des résultats acquis, elle ne manque jamais de signaler ses desiderata, ses motifs de préoccupation, en en montrant les causes, qu'elle combat énergiquement.

Le *Concours Médical* croit devoir attribuer à l'excès de générosité des statuts de la Caisse Belge, envers les veuves et orphelins, certaines difficultés, qu'il s'exagère du reste, et, à l'en croire, si la mariée n'a pas plus de succès, c'est que vraiment elle est trop belle !

Nous avons, au contraire, la certitude qu'elle n'a dû et ne devra ses succès qu'à ces dispositions généreuses, qui lui ont attiré le plus grand nombre de ses adhérents.

C'est, en effet, le souci de la femme et des enfants qui domine dans tous les renseignements demandés au Comité-Directeur.

Le médecin sait bien qu'il lui sera toujours possible, tant qu'il restera valide, de subvenir, par son rude labeur, aux besoins des siens ; mais ce qui le préoccupe, c'est le spectre de la maladie, c'est surtout ce cauchemar d'être exposé à disparaître sans avoir assuré l'existence des siens. Eh bien ! la Caisse de Pensions ne vient-elle pas lui tendre une main secourable en lui assurant ses bienfaits en cas d'incapacité de travail et en lui garantissant que sa femme et ses enfants auront un appui honorable et sûr s'il vient à leur manquer ? Et qu'on ne vienne pas invoquer l'insuffisance de ces ressources, car ceux-là seuls n'ont pas le droit de tenir ce langage, qui n'ont rien fait pour qu'il en soit autrement !

Nous croyons donc que notre estimé confrère du *Concours Médical* s'est mépris et que sa proposition gagnerait à être renversée.

Les vraies causes du ralentissement dont se plaint le rapport sont ailleurs. On les trouve : 1° dans l'inexplicable inertie du Corps Médical, pour tout ce qui se rapporte à ses intérêts matériels ou moraux ; 2° dans la gêne qu'entraîne une concurrence, chaque jour plus âpre, et dans l'atténuation de l'honoraire, qui en est la conséquence.

Si modérée que soit la cotisation exigée, beaucoup de jeunes trouvent difficile encore de prélever ces pauvres 50 francs, sur un budget déjà en *déficit* et reculent, quels que soient leurs regrets, le moment de l'affiliation, jusqu'à des temps meilleurs, qui n'arrivent, hélas ! que bien lentement et où l'on doit alors verser une somme trop rondelette, qui fait enfin abandonner définitivement cette planche de salut que l'on eût pourtant voulu s'assurer ;

3° Dans l'indifférence, un peu égoïste, de ceux qui sont en situation de pouvoir se passer des ressources de la Caisse et dont l'esprit de confraternité ne parvient pas à s'élever au-dessus du moi ! — Peut-être arrivera-t-on insensiblement, à force de répéter toujours la même chose, à ramener au sentiment de la solidarité la plus grande partie de ces indifférents, qui feront ainsi doublement œuvre utile, d'abord en contribuant à la prospérité d'une institution nécessaire, puis en donnant aux masses un salutaire exemple ;

4° Il reste enfin une autre cause, à notre sens la plus importante, mais aussi la plus délicate à traiter et qu'on ne peut cependant passer sous silence, et ici nous n'entendons faire la leçon à personne, pas plus que nous ne voulons imposer notre façon de comprendre les devoirs que nous croyons être ceux de notre Presse professionnelle.

Presque tous nos journaux ont grand soin d'indiquer dans leurs programmes, leur double but : tenir leurs lecteurs au courant des progrès de la science et défendre, *avec ardeur*, les intérêts du Corps Médical.

Si, en général, ils ne reculent devant aucun sacrifice pour accomplir convenablement la 1re partie de ce programme, combien s'en faut-il qu'ils apportent la même énergie à l'exécution de la seconde ! — Jamais cette lacune ne s'est mieux manifestée que dans l'attitude de l'immense majorité de la Presse médicale envers la Caisse de Pensions, depuis sa fondation jusqu'aujourd'hui !

Comment ? Voilà une institution créée, à la suite d'une longue incubation, par l'énergique effort d'une notable partie des professions médicales. Elle est, pour ces professions, d'intérêt primordial ; elle peut, elle doit avoir sur leur évolution une décisive influence ; elle est tutélaire au point de vue vital ; elle est moralisatrice, au premier chef, et peut avoir d'incalculables conséquences, et la Presse professionnelle, cette sentinelle avancée, qui doit veiller, qui doit prévoir, qui doit, sinon provoquer, au moins encourager, appuyer et répandre pareilles tendances, regarde faire, impassible et froide ! ! C'est là une anomalie et un sujet d'étonnement.

Ce que la Caisse demande à la Presse, ce n'est pas l'approbation banale, ce n'est pas la louange ; elle accepte la critique, que dis-je ? elle y a droit, comme les lecteurs ont aussi le droit d'être éclairés sur tout ce qui peut les intéresser.

Si l'institution est avantageuse et bonne, la Presse n'a-t-elle pas le devoir de la préconiser ? Si son organisation est vicieuse, qu'on le dise ; ses statuts sont perfectibles ! Si elle est un danger, qu'on le signale, pour en préserver ceux qui voudraient s'y exposer. La seule chose qui soit inadmissible, c'est qu'on se taise !

Voilà, nous semble-t-il, ce qu'a droit d'attendre le Corps Médical, de ceux qui ont mission de l'éclairer et de le guider.

Nous avons le regret de constater que, jusqu'ici, la plus grande partie de nos publicistes a une autre façon de comprendre la mission de la Presse et il ne nous serait pas difficile de citer nombre d'organes qui n'ont jamais imprimé ces simples mots :

Caisse de Pensions du Corps Médical Belge.

Dr Emile Martin.

Nous avons reproduit avec empressement la réponse de notre distingué confrère M. Martin, qui avec MM. *Schoenfeld*, *Goffin* et autres, a eu le mérite de créer, au prix de bien des efforts, la caisse Belge. Les réflexions que nous avions faites sur les difficultés de l'œuvre ne touchent pas à sa valeur et notre confrère a pu remarquer aussi depuis 6 ans, qu'à une ou deux exceptions près, la *presse médicale française* a traité la *caisse des pensions de retraite des médecins de France*, comme en Belgique : elle s'est abstenue. En vertu de quel sentiment. Nous n'avons pas à le rechercher, mais à le regretter.

Les deux œuvres prospéreront, et rendront de grands services, c'est là l'essentiel !

A. C.

Protection des enfants du premier âge.

M. le Dr Convers, de Saint-Etienne, membre du Concours, publie une brochure sur la protection des enfants du premier âge. Nous donnons les conclusions du travail :

A. — Protection de la maternité.

1° Création de refuges-ouvroirs, où seront admises, pendant les derniers mois de leur grossesse, les femmes et les filles qui ne peuvent plus travailler, soit à cause de leur état de santé, soit parce que leur état de grossesse ne leur permet pas de conserver leur place ;

2° Dans les cas où la fille-mère en manifesterait le désir, le secret absolu serait gardé sur son séjour à la maison d'accouchement.

B. — Protection de l'enfance.

1° Encourager, par tous les moyens possibles, l'allaitement maternel ;

2° Assister toutes les mères pauvres, qu'elles soient régulières ou qu'elles soient filles-mères ;

3° Recueillir dans des maisons d'allaitement (nourriceries artificielles), les enfants des mères pauvres qui n'ont pas de lait ;

4° Récompenser les mères de famille pauvres qui auront élevé plusieurs enfants au sein avec dévouement, intelligence et succès ;

5° Interdire d'une façon absolue le biberon à tube ;

6° Exiger des parents qui veulent placer un nouveau-né au biberon, un certificat médical constatant que l'enfant peut être soumis à ce mode d'alimentation ;

7° Poursuivre rigoureusement les pharmaciens qui délivrent, sans ordonnance médicale, aux mères de famille pour leurs enfants, ou aux nourrices pour leurs nourrissons, des remèdes narcotiques.

8° Création des crèches dans toutes les villes industrielles, à proximité des écoles de filles ;

9° Création de sociétés protectrices de l'enfance. Ces sociétés seraient publiques, auraient la personnification civile et seraient subventionnées par l'Etat, les départements et les communes ; elles s'occuperaient de la femme enceinte, de l'enfant au berceau, et pourraient s'occuper aussi de l'enfant à l'école et de l'enfant à l'atelier ;

10° Distribution dans les mairies, à chaque déclaration de naissance, des conseils de l'académie de médecine sur l'hygiène infantile ;

11° Enseignement de l'hygiène infantile dans les écoles de filles (cours supérieurs des écoles primaires, écoles primaires supérieures, écoles normales, collèges et lycées de filles) ;

12° Limitation des heures de travail et interdiction du travail de nuit pour les femmes enceintes et les filles-mères ;

13° Réunir dans chaque département, en un seul faisceau, les fragments épars des services d'assistance et d'hygiène publiques, y compris le service de la protection du premier âge, afin de leur donner assez de cohésion pour obtenir le maximum d'effets utiles. Mettre à la tête de ce service un directeur responsable ; exiger qu'il soit possesseur du diplôme de docteur en médecine ;

14° Créer, dans chaque département, un service de vaccine gratuit pour tous ;

15° Organiser, dans toutes les communes, un service de constatation médicale de décès des enfants nés vivants et des mort-nés.

C. — Loi Roussel. — Modifications a y introduire.

1° Paiement des salaires promis aux nourrices garanti par le département de placement, avec recours au département d'origine ;

2° Remise officielle, avec beaucoup de solennité, aux nourrices zélées et aux personnes qui se dévouent à l'œuvre de la protection de l'enfance, des récompenses pécuniaires et des diplômes d'honneur qui leur ont été accordés ;

3° Suppression de la vérification des registres par les juges de paix ;

4° Allocation de primes de déclaration aux gardes-champêtres ;

5° Suppression de l'inspecteur départemental, dont le service sera confié au directeur des services d'assistance et d'hygiène ;

6° Rétribuer le médecin-inspecteur d'une façon convenable, et proportionnellement à la distance parcourue ;

7° Augmenter l'autorité du médecin-inspecteur et lui donner le droit d'agir sur les questions suivantes, sauf recours au comité départemental :

a) La salubrité des locaux ;

b) Le retrait d'office ;

c) La vaccination dans le premier mois du placement ;

d) Le refus ou la délivrance du certificat réglementaire à la femme qui désire prendre un nourrisson ;

8° Réduire au minimum possible la paperasserie exigée du médecin-inspecteur ;

9° Obliger le médecin-inspecteur à faire tous les ans, dans les communes de sa circonscription, une conférence publique sur l'hygiène infantile. Les secrétaires de mairie, les membres des commissions locales et les sages-femmes seraient tenus d'y assister ;

10° Les conseils généraux seront invités par le ministre de l'intérieur à voter les fonds nécessaires pour le fonctionnement de la loi, et, dans le cas où ils s'y refuseraient, le ministre devra inscrire d'office ce crédit dans le budget départemental ;

11° En attendant que ces modifications à la loi Roussel soient votées par les pouvoirs législatifs, faire exécuter rigoureusement, dans tous les départements, les prescriptions de cette loi et spécialement celles relatives :

a) Aux déclarations de placement, de retrait ou de décès ;

b) Aux certificats médicaux ;

c) Au fonctionnement du comité départemental et des commissions locales, dont devront faire partie de droit les institutrices et femmes d'instituteurs.

Service de la protection des enfants du 1er âge.

Alençon, le 11 février 1891.

Le Préfet de l'Orne

A Messieurs les Maires du département,

Paris, le 20 janvier 1892.

Monsieur le Préfet, je suis informé qu'une société qui prend le titre « d'*Académie d'hygiène contre les*

maladies du premier âge et la mortalité des nourrissons » envoie dans les mairies une brochure dite « *l'art de donner des soins aux nouveau-nés* » et où se trouve une apologie du biberon Robert : cette publication doit être remise aux auteurs des déclarations de naissance ; elle porte d'ailleurs sur la couverture les mots : « *gratis dans toutes les mairies* ».

Je vous prie de vouloir bien inviter formellement MM. les maires de votre département à ne faire, ni laisser distribuer, sous aucun prétexte, par leurs secrétaires ou employés la publication dont il s'agit, ou toutes autres analogues.

Le Ministre de l'Intérieur,
CONSTANS.

Je crois devoir vous rappeler, Messieurs, que, déjà par ma circulaire du 23 janvier 1891, *j'avais formellement interdit aux nourrices du département de l'Orne de se servir du biberon à tube.*

Agréez, Messieurs, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Préfet de l'Orne,
COUPPEL DU LUDE.

Interdiction aux nourrices de se servir du biberon avec tube et de donner aux enfants qui leur sont confiés, âgés de moins d'un an, une alimentation solide.

Nous, Préfet du département de l'Orne,
Vu l'article 12 de la loi du 23 décembre 1874 ;
Vu la délibération prise, le 26 mai 1888, par le Comité départemental de protection des enfants du premier âge ;
Vu les conseils de l'Académie de médecine, les délibérations du Comité supérieur de protection et les diverses instructions de M. le Ministre de l'Intérieur ;
Vu notre circulaire du 23 janvier 1891, prescrivant aux Médecins-Inspecteurs de refuser de délivrer le certificat mentionné à l'article 29 du Règlement d'administration publique du 27 février 1877 à toute personne qui n'aura pas pris l'engagement de :

1° Ne jamais se servir du biberon avec tube ;
2° Ne pas donner d'alimentation solide avant la première année accomplie de l'enfant, à moins d'une prescription médicale formelle donnée par écrit ;

Vu les rapports qui nous ont été adressés par MM. les Médecins-Inspecteurs concluant à l'impossibilité de prohiber l'usage du biberon à tube tant qu'un arrêté d'interdiction n'aura pas été pris ;
Considérant que la plupart des enfants du premier âge qui meurent en nourrice succombent à des maladies du tube digestif ; qu'il est établi que presque toujours les troubles de l'appareil intestinal sont occasionnés par l'altération du lait ou l'alimentation prématurée donnée à l'enfant ; que le lait peut s'altérer en passant dans le tube en caoutchouc du biberon, où l'on trouve constamment des micro-organismes, germes des maladies ;
Que l'emploi du biberon à tube permet à une nourrice de s'absenter et de laisser l'enfant dans son berceau pendant des heures entières sans surveillance et sans soins de propreté ;
Qu'il est d'ailleurs reconnu que, pour obtenir le silence de l'enfant, certaines nourrices n'hésitent pas, le plus souvent, à lui donner inutilement le biberon ;
Que l'Administration a le devoir de prescrire les mesures reconnues nécessaires pour sauvegarder la santé et la vie des enfants placés en nourrice, en sevrage ou en garde moyennant salaire ;
Sur la proposition de M. l'Inspecteur du Service des enfants assistés ;

ARRÊTONS :

ARTICLE 1er. — Il est expressément défendu aux nourrices du département de l'Orne, sous peine d'interdiction immédiate et autres peines de droit :
1° De donner aux enfants de moins d'un an qui leur sont confiés une alimentation solide, à moins d'une prescription médicale formelle donnée par écrit ;
2° De se servir pour élever leurs nourrissons, en aucun temps et sous n'importe quel prétexte, de biberons avec tube.

ART. 2. — Les personnes chargées de veiller à l'exécution, dans le département, de la loi du 23 décembre 1874 et du Règlement d'administration publique du 27 février 1877, sont tenues de nous signaler, sans aucun retard, les nourrices qui ne se conformeraient pas ponctuellement aux prescriptions de l'article ci-dessus.

Alençon, le 12 février 1892.
COUPPEL DU LUDE.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat départemental des Médecins de la Mayenne.

Assemblée ordinaire du Syndicat, 19 *février* 1892

La séance s'ouvre à 2 heures, à l'Hôtel-Dieu. — 20 membres étaient présents : 13 membres s'étaient fait excuser et avaient envoyé leur vote sous pli cacheté.

M. Cellier, au nom du bureau sortant, remercie les membres du Syndicat de leur concours dévoué pendant cette première année. Lecture est donnée du rapport du secrétaire sur le semestre écoulé, puis du rapport du Trésorier.

Les recettes se sont élevées à 540 fr.
Les dépenses se sont élevées à 392 fr. 40 c.
Reste en caisse 147 fr. 60

Le Syndicat a perdu un de ses membres, M. le Dr Leray (de Saint-Aignan-sur-Roé), décédé en décembre dernier.

Il est procédé à l'élection du Bureau pour l'année 1892.

Sont élus :

Président : M. le Dr Cellier, par 27 voix sur 32.
Vice-Président : M. le Dr Chevalier, par 28 voix sur 32.
Secrétaire : M. le Dr Bucquet, par 31 voix sur 32.
Trésorier : M. le Dr Velenne, par 29 voix sur 32.

M. Cellier remercie l'assemblée en son nom et au nom des autres membres du bureau réélu. Il est procédé ensuite à l'admission, au scrutin secret, d'un nouveau membre : M. Normand (de Favron).

Projet de loi sur l'assistance médicale dans les campagnes. — M. le Dr Chevalier donne lecture d'un rapport sur le projet de loi actuellement à l'étude sur l'assistance médicale dans les campagnes, et réclame, entre autres choses l'admission de droit des médecins dans les commissions administratives avec voix délibérative.

M. le Président ajoute que le Syndicat de la Mayenne devra étudier l'organisation future de cette nouvelle administration de façon à être prêt à présenter au Conseil général des propositions fermes aussitôt la loi votée. Les médecins char-

gés de ce nouveau service ne doivent pas être des fonctionnaires. Le service doit fonctionner sur le modèle d'une vaste société de secours mutuels payant les secours médicaux, à la visite et à des prix débattus d'avance.

Service des enfants assistés. — M. le Dr Jacob fils se plaint de la mauvaise répartition des enfants placés à la campagne entre les divers médecins chargés du service. M. le Dr Chevalier (d'Ernée), propose d'adresser à l'administration préfectorale un vœu demandant que ce service soit réparti entre tous les médecins d'un même canton, et ne soit plus le privilège d'un seul au détriment des autres confrères qui seraient disposés à l'accepter. — Ce vœu est adopté.

Vœu au sujet de la loi sur l'exercice de la médecine votée par la Chambre et à l'étude devant le Sénat. — L'assemblée adopte le vœu suivant :

« — Le Syndicat de la Mayenne émet le vœu « que la commission du Sénat s'occupe avec la « plus grande diligence, de l'examen de la loi sur « l'exercice de la médecine votée par la Chambre, « afin que cette loi puisse être promulguée dans « les délais les plus rapprochés. »

Communications diverses. — M. le Président annonce qu'à la suite d'une dénonciation transmise par lui au parquet de la Mayenne au sujet d'un fait d'exercice illégal de l'art de la chirurgie à la charge du sieur Fauquet (de Vautortes), celui-ci a été, après enquête, poursuivi devant le tribunal de Mayenne et condamné, le 8 janvier dernier, à 25 francs d'amende. Dans l'intervalle, deux autres dénonciations contre le même sieur Fauquet, pour faits de même nature ont été transmises au parquet de Mayenne par M. le Président. — Une nouvelle enquête est ordonnée et des poursuites suivront.

Interpellation. — M. le Président a reçu de M. le Dr Mauny une demande d'interpellation sur l'intervention du président du Syndicat au sujet d'une polémique récente. Malgré l'absence de M. Mauny, retenu loin de Laval par un cas de force majeure un membre présent propose à l'assemblée de refuser la discussion de cette interpellation qui vise une polémique politique à laquelle le Syndicat doit rester étranger. En conséquence il demande la question préalable. — Après diverses observations l'ordre du jour pur et simple est voté à une grande majorité.

La séance est levée à 3 heures 1/2.

Le Secrétaire,
Dr H. Bucquet.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le docteur Campan, directeur de l'asile public d'aliénés de Rodez (Aveyron), membre du Concours médical.

BIBLIOGRAPHIE

A la librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon, Paris. — **Manuel pratique de médecine mentale**, par le docteur E. Régis, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, professeur libre des maladies mentales à la Faculté de médecine de Bordeaux. Deuxième édition, entièrement revue et corrigée. — Un volume in-18 jésus, cartonné diamant de 750 pages avec figures. Prix : 8 fr.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Sous le titre de *Petite Encyclopédie médicale*, la Société d'éditions scientifiques va faire paraître une série d'excellents volumes in-18, reliés en toile anglaise spéciale et du prix de 3 fr. Le premier publié a pour titre : **Hygiène de l'oreille**, soins préventifs contre les affections auriculaires avec figures dans le texte, par le Dr Mounier, net franco 2 fr. 40 pour MM. les membres du Concours médical.

A propos du dernier concours d'agrégation qui menace de faire couler des flots d'encre, nous rappelons que dans le livre du Dr Horace Bianchon, nos confrères trouveront et la biographie et le portrait des juges vivement attaqués.

Nos grands médecins d'aujourd'hui, par le D. Horace Bianchon, préface de Maurice de Fleury. — Un beau volume in-8 de 500 pages, sur beau papier, orné de magnifiques portraits en sanguine. Prix : 10 francs.

C'est une sorte de *Panthéon* des célébrités médicales contemporaines.

Les maîtres les plus illustres de la médecine moderne y sont étudiés avec une haute compétence et d'une manière fort piquante par le Dr Horace Bianchon, que ses chroniques médicales au *Temps* et au *Figaro* ont fait connaître et apprécier du grand public.

Sous une forme humouristique, anecdotique, parfois malicieuse, toujours impartiale, l'auteur nous donne dans ce livre une véritable histoire de la science et des savants contemporains. Il n'est pas d'ouvrage plus intéressant pour les médecins et pour tous ceux qui s'intéressent aux choses de la médecine. Tous les praticiens y trouveront l'image très fidèle de leurs anciens maîtres ou de leurs anciens condisciples passés maîtres à Paris ou dans les grandes écoles de province.

Chaque portrait est complété : 1° par une notice biographique exacte ; 2° par une bibliographie des principaux ouvrages de chaque maître ; 3° par un magnifique portrait en sanguine dont l'exécution a été confiée à deux artistes de premier ordre.

Pour donner une idée de l'intérêt de cet ouvrage, il suffira de dire que quelques-uns de ces portraits ayant paru dans le *Figaro*, ont été traduits en plusieurs langues et publiés par des journaux étrangers, aux Etats-Unis et au Canada notamment.

8 fr. franco pour MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LES SYNDICATS MÉDICAUX

reconnus par le Sénat.

A moins d'événements que rien ne fait prévoir, les syndicats, que nous avons inaugurés en 1881, vont entrer dans une période nouvelle. Il y a huit jours, ils avaient vécu ; aujourd'hui ils sont consacrés par la loi *Chevandier*. Nous devons une véritable reconnaissance aux divers orateurs qui ont pris la parole en notre faveur et notamment au rapporteur, M. le professeur *Cornil*, et à M. le sénateur *Trarieux*. Leurs arguments ont eu le don de convaincre le Sénat de la bonté de notre cause et, sans eux, peut-être, toute la bonne volonté de M. le *Président du Conseil* n'aurait pas suffi.

Les Syndicats médicaux pourraient prendre pour devise la péroraison de M. Loubet : « Les Syndicats empêcheront l'exploitation de la crédulité publique, de la bourse de chacun et de la santé de tous. »

Si notre programme est bien plus vaste, celui que trace ainsi M. Loubet pourrait, à la rigueur, suffire. Nos lecteurs, à qui nous recommandons la lecture du compte rendu sténographique de la discussion de l'article 14, jugeront par la violence et la ténacité des attaques, le danger que les Syndicats médicaux ont couru. Nous avons remercié nos défenseurs. Remercions aussi nos amis qui ont exercé, auprès de leurs sénateurs, l'action que nous leur avons réclamée.

Nous pouvons, cette fois encore, dire que c'est au *Concours médical* et à l'*Union des Syndicats*, à toutes leurs démarches, que nous devons la revanche du vote en première lecture et à une très grande majorité.

C'est *à nos seuls efforts*, à *notre seule influence* qu'est dû cet heureux résultat.

Ni la presse politique indifférente, ni la presse médicale, qui n'a exprimé que des regrets fort platoniques, ne nous auraient tiré d'embarras.

Nous venons de faire, de nouveau, la preuve de la puissance des *associations professionnelles* vraiment militantes.

Nous reviendrons sur les réflexions que nous inspirent ces incidents.

Nous ne pourrons, aujourd'hui jeudi 7 avril, reproduire le *texte de la loi* adopté par le *Sénat*, puisque la discussion, qui a été très approfondie, continue. On est arrivé aux dispositions transitoires. Nous dirons seulement que d'heureuses modifications ont été introduites, notamment au sujet des droits pour les médecins, d'exercer la pharmacie en certaines conditions. Le texte du Sénat sera probablement adopté par la Chambre, et c'est alors que l'*Union des Syndicats* devra prendre les déterminations de nature à donner à nos Sociétés de défense professionnelle toute la puissance qu'elles possèdent virtuellement.

A. CÉZILLY.

SÉNAT

Séance du 1er avril 1892.

« Art. 14 (nouveau) — A partir de l'application de la présente loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes. »

M. *Halgan*. —Messieurs, vous n'avez pas oublié la discussion encore très récente qui a eu lieu au Sénat à l'occasion de l'article 14, soumis en ce mo-

ment à votre examen. Vous avez également conservé le souvenir du vote qui a été émis à cette époque. Par 111 voix contre 110, le Sénat a refusé aux médecins, aux dentistes et aux sages-femmes le droit d'organiser des associations syndicales.

Les motifs qui ont inspiré ce refus sont faciles à saisir. D'une part, on a craint de mettre une arme parfois redoutable entre les mains des médecins, c'est-à-dire d'hommes qui jouissent d'un véritable monopole. D'autre part, le texte proposé autorisait la création dans chaque département d'un nombre indéterminé de syndicats. N'était-il pas à redouter que dans les syndicats très restreints, trois ou quatre médecins mal intentionnés (le cas heureusement aurait été rare) n'adoptassent des mesures très préjudiciables aux malades ?

J'étais, messieurs, de ceux qui hésitaient sur le parti à prendre. Voilà pourquoi j'ai étudié cette question. Or, il m'a semblé, après réflexion, que la vérité n'était pas dans le texte de la commission, mais bien plutôt dans le contre-projet que je vais avoir l'honneur de vous soumettre, contre-projet dont j'ai, au début de cette séance, donné communication à M. le commissaire du Gouvernement et à M. le rapporteur.

Ma proposition, à laquelle mon honorable collègue M. Biré a bien voulu prêter sa collaboration, serait donc celle-ci :

« Les médecins, dentistes et sages-femmes seront constitués en associations syndicales par département pour la défense de leurs intérêts professionnels à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes. Ces syndicats exerceront sur leurs membres une juridiction dont un règlement d'administration publique déterminera les limites dans le but de maintenir la dignité professionnelle, d'empêcher la concurrence déloyale et d'assurer le bon service du public. »

Un sénateur. Ce seraient des corporations !

M. *Halgan*. J'entends une interruption qui, si j'en ai bien compris le sens, indique que je demande pour les médecins un conseil de l'ordre. Eh bien ! oui, je souhaiterais, dans chaque département, la création d'une association, d'un conseil disciplinaire, en un mot d'une organisation analogue à celle qui existe pour les avocats.

Vous savez quels sont les bienfaits de ce régime. Assurément, il permet aux avocats de défendre leurs prérogatives ; c'est grâce au conseil de l'ordre que la discipline la plus parfaite règne parmi les membres du barreau, que des abus de tous genres sont évités. Grâce à lui encore, nos hommes de loi, en France, possèdent un renom de respectabilité que ne possèdent pas au même degré leurs confrères à l'étranger.

Pourquoi donc n'assimilerait-on pas, au moins dans une certaine mesure, les médecins aux avocats qui, comme eux, ont un monopole ?

M. *le rapporteur*. Messieurs, votre commission a repris l'article 14 qui avait été repoussé par le Sénat, et nous le représentons à nouveau modifié d'un commun accord avec le Gouvernement.

L'honorable M. Halgan vient de déposer un contre-projet à l'article 14 qui vous est soumis.

Vous vous rappelez que l'article 14 a été repoussé par le Sénat à une voix de majorité seulement, et encore cette voix de majorité a-t-elle été changée, par les diverses rectifications faites au *Journal officiel*, en une majorité de quelques voix en faveur de l'article 14.

Mais le vote était acquis, l'article était tombé ; et, si nous l'avons repris, c'est parce que nous en avons causé longuement avec l'honorable ministre de l'intérieur M. Loubet, qui nous a apporté une rédaction nouvelle. Vous savez ce que sont les syndicats médicaux, en général.

Ils existent depuis 1880, 1881, c'est-à-dire avant même le vote de la loi de 1884, qui a organisé les syndicats professionnels.

Ces syndicats ont leur raison d'être. On nous avait demandé pourquoi on créait des syndicats médicaux, quelle était leur utilité, quel était l'inté- rêt des médecins à être syndiqués. Nous pouvons répondre que les médecins doivent se syndiquer parce que, d'abord, ils ont à combattre l'exercice illégal de la médecine, ce qui est, pour eux, un droit et un devoir, non seulement dans leur intérêt propre, mais aussi dans l'intérêt de tous, parce qu'ils s'opposent au charlatanisme et aux pratiques des empiriques nuisibles à la société. (*Très bien ! très bien !*)

Les poursuites que les médecins font en leur nom propre sont très délicates et difficiles, sinon impossibles, tandis qu'elles deviennent simples lorsque la poursuite se fait en nom collectif.

Aussi les syndicats leur sont-ils absolument nécessaires.

Les médecins ont, de plus, des intérêts professionnels à discuter avec les collectivités au milieu desquelles ils vivent.

C'est ce qu'ils sont obligés de faire vis-à-vis des sociétés industrielles, des compagnies d'assurances, et même de sociétés de secours mutuels, car souvent les sociétés de secours mutuels ne sont pas uniquement composées d'ouvriers ; elles reçoivent aussi parmi leurs membres des personnes aisées, plus riches que le médecin et qui abusent des prix très bas que celui-ci consent à ces sociétés.

M. *Hervé de Saisy*. Le médecin est libre de ne pas accepter ces prix-là !

M. *le rapporteur*. Mais il faut, pour les discuter, que les médecins s'entendent, qu'ils soient organisés eux-mêmes en syndicats professionnels, alors qu'ils ont en face d'eux des syndicats ; de telle sorte qu'ils puissent combattre à armes égales.

Les réunions des syndicats sont aussi très nécessaires pour discuter les intérêts communs, et je puis ajouter qu'elles sont, en réalité, moralisatrices au point de vue professionnel, parce que c'est là que les jeunes médecins apprennent leurs devoirs envers leurs confrères et envers leurs clients.

Ce sont, messieurs, les principales raisons qui nous ont déterminés à vous représenter cet article 14. Je ne puis mieux faire, à ce sujet, que de vous citer ici les lettres et les documents qui nous ont été distribués, émanant, provenant de syndicats, et en particulier, de l'Union des syndicats médicaux qui, de Paris, donne, pour ainsi dire, le ton aux syndicats médicaux de province.

L'Union sollicite la création de syndicats de province par arrondissement et par département. Elle voudrait qu'il en existât dans tous les chefs-lieux de département et d'arrondissement.

Seulement, les créations de syndicats nouveaux ont été entravées par la décision prise par le tribunal de Domfront, la cour d'appel de Caen et par la cour de cassation, qui ne reconnaît pas l'existence régulière de syndicats professionnels médicaux suivant la loi de 1884. C'est ce que nous a expliqué M. Loubet lors de la discussion en 1re lecture de la loi. C'est pour cela que nous vous proposons, par l'article 14, de donner aux médecins l'assimilation de leurs syndicats à ceux qui sont visés par la loi de 1884.

D'autre part, M. Loubet nous a fait remarquer que, par beaucoup de côtés, aujourd'hui, les médecins, soit dans les villes, soit dans les campagnes, étaient, à un certain degré, des fonctionnaires, c'est-à-dire qu'ils recevaient de petites allocations soit des communes, soit des départements, soit de l'Etat, pour remplir les fonctions de médecins des hôpitaux, des bureaux de bienfaisance, des enfants assistés des départements, de médecins pour la protection des enfants de la première enfance, suivant la loi de notre honorable collègue M. Roussel. Ils sont aussi vaccinateurs et médecins des épidémies. Enfin, quand, dans un temps plus ou moins long, on organisera la médecine rurale dans les campagnes et que les médecins seront appelés à y participer d'une façon très active, ils pourront toucher aussi des honoraires sur les fonds du département, de l'Etat.

Parmi ces fonctions ou délégations des communes, des départements et de l'Etat, il en est qu'on doit mettre tout à fait à l'écart au point de vue du fonctionnarisme. Ce sont, par exemple, les médecins des hôpitaux, des bureaux de bienfaisance ; ceux-là ne peuvent pas être considérés comme de véritables fonctionnaires, parce que d'habitude ils acceptent pour un traitement extrêmement minime des charges assez lourdes et une grande responsabilité. Il y a des médecins dans les hôpitaux, en province par exemple, qui ne touchent que 100 à 200 fr. par an et qui font leur service très régulièrement. On ne peut pas prétendre qu'ils sont payés avec cette faible indemnité dont ils se contentent. Il en est de même pour les médecins des bureaux de bienfaisance. Il y en a qui touchent des indemnités tout à fait minimes.

M. *le marquis de l'Angle-Beaumanoir*. Mais cela les met en vue.

M. *le rapporteur*. Pas beaucoup, mon cher collègue. Quand il s'agit, par exemple, d'un médecin d'hôpital dans une petite ville où il y a deux ou trois médecins, comme dans certains chef-lieux de canton, il n'a pas une notoriété bien grande pour cela. Il y a plus d'hôpitaux appartenant aux chefs-lieux de canton qu'aux grandes villes.

M. *le marquis de l'Angle-Beaumanoir*. Je n'en connais pas dans mon département.

M. *le rapporteur*. Dans mon département, j'en connais au moins dix.

M. *Hervé de Saisy*. La création en est très désirable. Seulement, je peux constater qu'il n'en existe pas dans tous les départements de l'Ouest.

M. *le rapporteur*. C'est que, en effet, on a développé plus ou moins dans certaines régions, et cela depuis peu de temps, le service de l'hospitalisation et de l'assistance publique. Il est à souhaiter que ce développement se fasse par toute la France, car c'est le premier point pour obtenir une véritable assistance médicale dans les campagnes. (*Approbation.*)

Eh bien, messieurs, parmi ces fonctions publiques, il en est qui ne constituent pas une véritable fonction rétribuée, mais il en est d'autres qui peuvent donner à leur titulaire la qualité de véritables fonctionnaires.

Telles sont, par exemple, les fonctions d'inspecteur de l'assistance publique.

L'administration de l'assistance publique à Paris délègue des inspecteurs en province pour les enfants assistés qui appartiennent au département de la Seine.

D'autres grandes villes, comme la ville de Lyon, la ville de Marseille, ont des médecins inspecteurs qui leur appartiennent, que nomment les administrations hospitalières ou préfectorales, et ce sont de véritables fonctionnaires ayant leur point d'attache dans ces grandes villes.

Il faut donc distinguer plusieurs catégories. M. le ministre de l'intérieur nous a dit : « Nous ne voulons pas avoir en face de nous des fonctionnaires syndiqués, qui puissent discuter avec nous sur leurs devoirs et sur le chiffre de leurs honoraires. Il est tout à fait impossible d'admettre que des fonctionnaires puissent se syndiquer contre l'Etat, les départements ou les communes. »

Aussi avons-nous adopté la rédaction que nous a proposée M. le ministre de l'intérieur et qui est ainsi conçue :

« A partir de l'application de la présente loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes. »

M. *Mazeau*. Cette rédaction ne dit pas ce que vous voulez dire.

M. le rapporteur. Nous aimerions autant prendre la formule que notre honorable collègue M. Mazeau a proposée, et je vais en donner lecture au Sénat. M. le ministre nous a donc proposé une première rédaction, M. le président de la cour de cassation nous en propose une autre, qui est ainsi conçue :

« Les médecins, etc., pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'exception de ceux qu'ils auraient à défendre comme fonctionnaires, comme médecins rétribués sur les fonds de l'Etat, des départements ou des communes. »

Dans cette nouvelle rédaction, on suppose que les médecins peuvent se syndiquer pour défendre leurs intérêts généraux contre l'Etat, le département ou la commune dans les questions générales qui ne sont pas du ressort de leur fonction rétribuée, tandis que dans la rédaction que nous avai proposée M. le ministre de l'intérieur.....

M. *Mazeau*. Je n'ai pas précisément dit cela. Voulez-vous me permettre, mon cher collègue, de vous interrompre pour bien faire comprendre ce que j'ai voulu dire ?

Voici mon objection : Dans le texte nouveau de l'article 14 tel qu'il est proposé par la commission, il est dit ceci : « A partir de l'application de la présente loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1881, pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes. »

Ce texte dit donc implicitement que, même pour défendre leurs intérêts professionnels généraux, et considérés en dehors de leurs fonctions, les médecins qui seront fonctionnaires ou qui seront rétribués par les départements et les communes ne pourront défendre ces mêmes intérêts professionnels. Je ne parle pas, bien entendu, de leurs intérêts comme fonctionnaires et je comprends qu'en ce qui concerne ceux-ci, ils ne puissent se syndiquer pour les défendre contre l'Etat, le département ou la commune.

Je proposerais donc, pour concilier ces intérêts avec leur situation, d'adopter le texte que je vous ai remis, monsieur le rapporteur, et qui est ainsi conçu : « Les médecins, etc., » comme au projet, « pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'exception de ceux qu'ils auraient à défendre comme fonctionnaires, ou comme médecins rétribués sur les fonds de l'Etat, des départements ou des communes. »

Ce texte me paraît plus clair et plus précis pour dire ce que vous voulez dire, mais que vous ne dites pas. (*Très bien !*)

M. le rapporteur. En somme, nous sommes en présence de deux rédactions, l'une proposée par M. le ministre de l'intérieur et que la commission a acceptée et l'autre qui vient de vous être proposée par l'honorable M. Mazeau au cours de la séance.

M. *Blavier*. Sans parler d'une troisième solution.

M. le rapporteur. Nous allons y arriver, mon cher collègue.

Les syndicats acceptent parfaitement la rédaction proposée par M. le ministre de l'intérieur ; à plus forte raison, ils accepteront la rédaction proposée par M. Mazeau.

J'ai reçu une lettre collective du président des syndicats médicaux, M. de Fourmestraux, et du directeur du Concours médical, M. Cézilly, lettre dont je vous demande la permission de lire un passage. Après avoir cité la nouvelle rédaction de notre article 14, ils disent :

« Nous acceptons parfaitement cette rédaction. En effet, les syndicats médicaux, depuis leur création en 1882, n'ont jamais songé à faire échec aux divers pouvoirs publics. Au contraire, toutes les organisations d'intérêt général menées à bien par les préfets l'ont été après avis préalable et de concert avec les syndicats qui se sont efforcés de seconder leur action.

« Ce que les médecins demandent, c'est de pouvoir, en se syndiquant, faire œuvre de moralisation

professionnelle, entraver l'exercice illégal en vue du bien public et lutter contre les prétentions des collectivités toujours plus nombreuses au milieu desquelles ils vivent. »

Vous voyez que cette lettre est tout à fait conçue dans l'esprit général dont je viens de vous donner l'exposé. Loin de chercher à exploiter l'Etat et les établissements de bienfaisance, les syndicats médicaux n'ont d'autre objectif que de seconder les efforts faits pour arriver à constituer une organisation de l'assistance médicale.

J'arrive maintenant à la proposition qui nous est faite par l'honorable M. Halgan.

M. Halgan voudrait qu'on organisât les syndicats de telle façon qu'ils pussent exercer une sorte de juridiction sur leurs membres et relever la dignité professionnelle des médecins, en un mot, constituer, relativement à l'ordre des médecins, ce qui existe déjà pour l'ordre des avocats.

Nous y avons souvent pensé...

M. *Hervé de Saisy*. Il n'y a pas d'assimilation possible.

M. *le rapporteur*... et nous avons toujours constaté qu'il était difficile, sinon absolument impossible, d'obtenir un résultat comparable. Aussi y avons-nous renoncé.

Nous voyons une très grosse difficulté à organiser pour les médecins un conseil de l'ordre, une chambre de discipline assimilable à ce qui existe pour les avocats.

Les avocats plaident au palais de justice. Lorsqu'ils se bornent à donner des consultations dans leur cabinet, celles-ci arrivent toujours à être produites devant un tribunal, tandis que l'activité du médecin est dispersée de tous les côtés ; elle ne s'exerce pas dans un prétoire, mais partout où il y a des malades, et il est très difficile d'avoir pour l'ordre des médecins une sanction qui soit comparable à celle qui existe pour l'ordre des avocats.

Pour les avocats, en effet, lorsqu'on se trouve en présence de faits délictueux ou simplement d'irrégularités, la sanction imposée par le conseil de l'ordre, c'est la suspension de l'exercice de la profession.

M. *Buffet*. Ou la réprimande.

M. *le rapporteur*. La réprimande, puis la suspension. L'exécution de ces peines est rendue très facile ; il suffit de fermer les portes du palais à l'avocat suspendu. Pour le médecin, serait-il possible de l'empêcher de faire de la clientèle ?

M. *Hervé de Saisy*. La loi sur les syndicats ne vous donnerait pas ce droit.

M. *le rapporteur*. Il serait très difficile à un conseil de l'ordre des médecins de suspendre un médecin de l'exercice de la profession de médecin. Il n'en aurait pas le droit légal ; il n'y aurait donc pas de sanction. Quant à la réprimande sans aucune espèce de sanction, même en cas de récidive, elle ne servirait à rien. Je crois qu'il est impossible d'assimiler les conseils de l'ordre des médecins aux conseils de l'ordre des avocats.

Je sais bien qu'il y a quelque chose d'analogue à ce que nous propose l'honorable M. Halgan dans l'organisation des chambres de médecins en Autriche-Hongrie.

Ces chambres médicales, en Autriche, sont reconnues par la loi qui leur attribue des fonctions importantes, au point de vue de la médecine légale et de l'assistance médicale. Ce sont elles qui organisent complètement l'assistance médicale ; elles en prennent l'initiative et nomment les médecins qui en sont chargés. Mais vous ne voudriez pas, je suppose, donner aux syndicats professionnels de médecins cette même attache gouvernementale, ces mêmes fonctions qui dépendent et qui sont comme une émanation du Gouvernement. Aussi je crois qu'il est sage de nous borner à voter l'article 14 tel que la commission le propose, d'accord avec le Gouvernement. En le votant, vous aurez pris toutes les précautions possibles pour empêcher que les syndicats médicaux puissent constituer une sorte d'opposition à l'action gouvernementale, au point de vue de l'assistance publique, et, d'un autre côté, vous aurez donné à toute une grande corporation un droit qui lui manque, le droit de se syndiquer, droit qui lui est nécessaire pour défendre ses intérêts et qu'on a accordé à toutes les autres professions. (*Très bien ! sur divers bancs.*)

M. *Hervé de Saisy* et M. *Buffet* demandent la parole.

M. *le président*. L'article 14 constitue le fond du débat ; il y a un amendement de M. Halgan qui est soumis à la prise en considération.

M. *Buffet*. Pour que cette discussion ait toute sa liberté et que le Sénat puisse se rendre bien compte des avantages ou des inconvénients de la décision qu'il prendra, il me semble qu'il serait désirable que la discussion sur l'article 14 fût complète, et elle ne peut l'être que si elle porte à la fois sur la rédaction de la commission et sur l'amendement très sérieux de l'honorable M. Halgan.

On votera d'abord sur la prise en considération de l'amendement et ensuite sur l'article ; mais il est impossible de scinder l'examen des deux systèmes.

M. *le président*. Messieurs, si l'on insiste, je consulterai le Sénat sur la question de savoir si l'article 14 doit être mis en délibération en même temps que l'amendement. Mais il est certain que l'amendement de M. Halgan n'a qu'un rapport fort éloigné avec la proposition de la commission, et que le règlement est formel sur ce point. Insiste-t-on ?

Voix nombreuses. Non ! non !

M. *Buffet*. Il s'agit uniquement de savoir à quel moment le Sénat sera appelé à émettre un vote.

M. *le président*. Il y a un moyen, monsieur Buffet, de vous donner satisfaction, c'est de demander au Sénat de prendre l'amendement en considération et de le renvoyer à la commission. La commission en délibérera, nous rendra compte de ses délibérations et la discussion pourra avoir lieu à la fois sur l'amendement et sur l'article 14.

M. *Buffet*. Je demande le renvoi à la commission.

M. *Halgan*. L'utilité du renvoi est évidente. En admettant que la commission n'accepte pas mon amendement, du moins elle aura eu l'occasion de réfléchir sur la constitution des syndicats ; elle dira s'ils peuvent être départementaux ou cantonaux. J'ai déposé mon amendement parce que je suis opposé à la création de comités de minime importance, dans lesquels beaucoup d'abus peuvent se produire. Je veux des syndicats étendus. Je me joins à mon honorable collègue M. Buffet pour demander le renvoi à la commission.

M. *le président*. MM. Halgan et Buffet proposent le renvoi à la commission.

M. *le rapporteur*. La commission n'accepte pas le renvoi.

(L'amendement n'est pas pris en considération.)

M. *le président*. La parole est à M. Hervé de Saisy.

M. *Hervé de Saisy*. Messieurs, je comprends parfaitement le désir manifesté par la commission, en ce qui concerne la faculté pour le personnel médical de s'associer en vue de la défense d'intérêts moraux professionnels. Mais je crois que toute assimilation est impossible entre des associations médicales déjà pourvues d'un monopole et formant, par conséquent, une corporation armée de la loi et les syndicats qui n'usent que de la liberté en face d'autres syndicats.

Messieurs, la loi sur les syndicats suppose une concurrence possible. Les associations auxquelles vous avez permis de se former exclusivement en vue d'un but déterminé réalisent cette condition, parce qu'elles se trouvent en face d'associations similaires qui en sont la contre-partie indispensable et peuvent au besoin établir un contre-poids à leur action propre.

Ici, par le système d'associations que l'on vous propose de former « dans les conditions » — c'est là l'expression que je regrette — « dans les condi-

tions de la loi sur les syndicats », ces associations n'ont rien de comparable avec les groupes, avec les associations syndicales professionnelles formées en vertu de cette loi du 21 mai sur les syndicats. On a considéré ces deux sortes d'associations comme semblables alors qu'elles sont absolument différentes, et l'on a vérifié plus que jamais le proverbe : « Comparaison n'est pas raison. »

On a parlé des avocats ! Mais vous savez qu'il n'y a aucune espèce de rapprochement à établir entre la constitution de l'ordre des avocats, entre la liberté relative qu'il laisse à la généralité des citoyens, et l'association fermée, exclusive, investie d'un privilège légal, armée en un mot de toutes pièces, que vous voulez fonder. Il n'y a absolument là aucune comparaison possible.

Il est une autre observation que je désire soumettre au Sénat. Tout à l'heure, j'avais le tort d'interrompre l'éminent rapporteur de la commission lorsque, parmi les motifs qu'il énumérait à l'appui de la faculté pour le personnel médical de se former en syndicats, il énonçait le droit qu'aurait ce personnel d'exercer le pouvoir d'exclusion vis-à-vis d'un confrère qui aurait commis une faute grave, et je lui ai fait cette réponse qu'il n'a pas entendue et que je répète ici : En obtenant pour les associations de médecins la faculté de se grouper dans les conditions de la loi du 21 mai sur les syndicats, vous ne donnerez pas, en vertu de cette loi à vos associations médicales le droit d'exclure un membre qui, à vos yeux, mériterait cette exclusion.

Vous ne trouvez nulle part cette faculté dans la loi sur les syndicats.

C'est une faculté toute morale que la participation à la loi sur les syndicats ne peut vous conférer, car elle n'y existe pas. Je vous défie d'y trouver une sanction de ce genre. On y entre librement comme ouvrier ou comme patron, et l'on en sort librement comme ouvrier ou comme patron : il n'y a aucune espèce de sanction d'exclusion professionnelle, ni pour le patron qui reste ce qu'il est, ni pour l'ouvrier qui continue à exercer le même métier.

Ainsi donc, l'assimilation que vous voulez faire ne peut avoir le résultat que vous croyez pouvoir lui attribuer.

Je vais répondre à un autre argument que vous avez invoqué.

Vous avez parlé de la difficulté avec laquelle les membres du personnel médical s'entendraient avec certaines associations, très respectables en elles-mêmes, et qui ont des intérêts moraux et matériels très légitimes à défendre. — je veux parler des sociétés de secours mutuels — et vous avez dit que le remède à cette difficulté serait de pouvoir également former un syndicat.

Eh bien, je suppose que le fait se réalise, que vous soyez en présence d'une société de secours mutuels récalcitrante, d'une société qui ne veuille pas céder à des tarifs médicaux qu'elle trouverait excessifs. Car, enfin, quand on se fait juge de quelque chose, il faut bien peser le pour et le contre ; il faut voir ce qui existe d'un côté comme de l'autre.

Je suppose donc que, dans l'appréciation de vos prétentions et de celles de cette société de secours mutuels, se trouve le motif d'un conflit sur la solution duquel les deux parties ne peuvent tomber d'accord. Je vous demande quelle sera la sanction résultant de votre constitution en syndicat. La sanction unique des difficultés de ce genre, entre syndicats, c'est la grève. Non, vous n'en avez pas d'autre que la grève. (*Exclamations ironiques à gauche.*) Eh bien, vous mettrez-vous en grève devant cette société de secours mutuels si intéressante ? Vous mettrez-vous en grève contre les malades ? Non, messieurs ; j'en ai pour garant le dévouement que comme citoyens, comme patriotes et comme médecins, vous ne cessez de témoigner à l'humanité. Car, s'il y a des médecins, qui prêtent à la critique, il y en a d'autres, et beaucoup, qui sont doués de toutes les qualités généreuses ; car il y a médecins et médecins, comme, s'il m'est permis de me rappeler encore Molière, il y a fagots et fagots. (*Sourires.*)

Je termine, messieurs, par un mot :

Vous ne pouvez pas donner de sanction aux associations médicales que vous voulez introduire dans la loi sur les syndicats, parce que cette sanction serait la grève, et que la grève, vous ne l'admettrez jamais en face de la souffrance, en face du devoir professionnel, qui vous oblige à venir en aide aux maux de l'humanité. Ainsi, vous le voyez, vous ne pouvez pas entrer dans les syndicats : c'est un mode d'association qui, par son but spécial et ses conséquences, ne peut concorder avec votre mission.

Et maintenant, permettez-moi de vous le dire, la véritable question, la question capitale de ce projet de loi et surtout de l'article 14, qui y a été introduit si malencontreusement, la question qui est l'âme de toute cette campagne n'est pas autre chose que la question de tarifs, que la question d'argent. (*Dénégations sur plusieurs bancs.*)

Oui, messieurs, la question d'argent. Mettons cette question de côté, si vous le voulez. Mais alors, je ne vois pas ce qui nous sépare, car, je vous accorde, en ce qui me concerne, la faculté de vous associer, d'obtenir la déclaration publique en vue de la défense de vos droits et de vos intérêts moraux. Tout cela, vous pouvez le réaliser sans aucune participation à la loi sur les syndicats.

Mais, comme vous tenez à bénéficier de cette loi qui est au premier chef une loi de concurrence pour les salaires, j'ai le droit de dire que c'est surtout la question d'argent, ou, si vous aimez mieux, la question des tarifs qui est le principal mobile de cette prétention, et alors, je vous le répète, investis d'un monopole qui ne vous laisse aucuns rivaux à craindre, vous n'êtes pas susceptibles de former des associations qui supposent l'existence d'autres associations et la jouissance égale de la liberté.

Vous ne pouvez pas bénéficier de la loi sur les syndicats, qui n'a d'autre santion que la grève, alors que pour vous la grève ne serait autre chose que la cessation de votre devoir professionnel envers vos concitoyens et envers l'humanité.

Ce serait là une contradiction inadmissible que le Sénat, je l'espère, ne consentira pas à ratifier. (*Très bien ! très bien ! à droite.*)

M. le président. M. Mazeau avait proposé une nouvelle rédaction.

Cette nouvelle rédaction, produite au cours de la 2e délibération, est soumise à la prise en considération.

M. *Buffet.* Messieurs, je ne veux présenter au Sénat qu'une très courte observation.

Je n'ai pas, je dois le reconnaître, étudié sérieusement ce projet de loi, mais mon attention a été appelée sur la question des syndicats, je veux dire de l'application aux médecins de la loi des syndicats.

Je dois dire que la nouvelle rédaction de la commission rend, pour moi, cette disposition incompréhensible. Comment un syndicat peut-il exister à l'égard de particuliers et ne pas exister à l'égard de la commune, du département et de l'Etat ? Je ne le comprends pas, et j'ajoute que l'inverse me paraîtrait plus rationnel.

Je ne veux pas revenir sur l'amendement de M. Halgan, puisque le Sénat a refusé de le prendre en considération, mais il m'est permis de dire que cet amendement, modifié dans ses termes, aurait pu donner à la question qui nous occupe sa véritable solution et que cette solution ne se trouve pas, à mon sens, dans l'application à la profession médicale de la loi de 1884 sur les syndicats professionnels. Elle résulterait, au contraire, d'une organisation corporative du corps médical dont la loi déterminerait les conditions afin de procurer à ses membres, pour la défense de leurs intérêts, et, en même

temps, à leurs clients, les garanties désirables.

Mais, si vous vous en tenez à la loi de 1884, quelle garantie donnera-t-elle ? Absolument aucune.

Il pourra se former dans le même département, dans la même ville, deux, trois quatre ou cinq syndicats de médecins, animés peut-être d'un esprit tout à fait différent et hostiles les uns aux autres.

Voix à gauche. Tant mieux !

M. *Buffet.* En quoi l'existence de ces syndicats multiples pourra-t-elle contribuer à élever, comme le disait tout à l'heure l'honorable M. Cornil, le niveau moral de la profession médicale ? J'avoue qu'il m'est impossible de le comprendre.

L'assimilation des syndicats médicaux avec les syndicats industriels est d'autant moins admissible que, dans l'industrie, il y a d'un côté des patrons et de l'autre des ouvriers...

M. *René Goblet.* C'est cela ! Voilà la raison.

M. *Buffet...* que les syndicats de patrons ont, en face d'eux, des syndicats ouvriers...

M. *René Goblet.* Ce sont deux forces en présence.

M. *Buffet...* pour défendre des intérêts qui, dans ma conviction, ne sont nullement contradictoires, mais qui peuvent n'être pas toujours compris de la même manière par les intéressés, et qui donnent lieu trop souvent à de vives contestations.

Mais ici, où sera la contre-partie du syndicat des médecins ? Y aura-t-il un syndicat des malades... (*Rires*), un syndicat des clients ? Quoi qu'on en ait dit, la situation est tout à fait analogue à celle des avocats — je ne dis pas identique, mais très peu différente.

Les avocats ne peuvent certainement pas former entre eux des syndicats en vertu de la loi de 1884 ; mais ils forment un ordre ; ils ont un conseil de discipline qui sait défendre énergiquement les droits de la profession, toutes les fois qu'ils seront méconnus, mais qui protégera avec un soin aussi jaloux les intérêts des clients et réprimera sévèrement tout acte d'indélicatesse commis envers eux par un membre du barreau.

Ce conseil est investi, en vertu de notre législation, de pouvoirs disciplinaires suffisants pour rendre son action très efficace. Pourquoi des pouvoirs semblables ne seraient-ils pas conférés à un conseil départemental de l'ordre des médecins ? Je crois que cette organisation, dont je ne puis en ce moment préciser les règles, donnerait à la fois satisfaction au corps médical, et, au public, de précieuses garanties. Il n'y en a aucune dans la loi de 1884.

Cinq ou six médecins se réuniront : ce sera un syndicat. A côté d'eux, un autre groupe se formera : ce sera encore un syndicat ; et enfin, d'autres médecins se tiendront en dehors de ces associations facultatives. Où sera l'autorité disciplinaire ?

La commission vous propose aujourd'hui d'apporter une restriction à l'action de ces syndicats et de ne point lui permettre de s'exercer même pour la défense des intérêts professionnels contre l'Etat, le département ou la commune ; je trouve cette restriction bien singulière, car c'est précisément dans ces trois cas que cette action collective aurait le moins d'inconvénients.

L'Etat, en effet, est un très grand et très puissant syndicat ; il est bien armé et il peut, plus facilement qu'un simple particulier, se défendre contre des exigences abusives. Il en est de même, ou à peu près, du département et de la commune. Si vous apercevez des inconvénients, si vous prévoyez des abus de la part des syndicats en ce qui concerne l'Etat, le département et la commune, comment se fait-il que vous n'en supposiez aucun à l'égard des particuliers ? C'est une étrange inconséquence, et la restriction ne se comprend pas.

M. *Combes.* C'est le particulier qui abuse du médecin, ce n'est pas le médecin qui abuse du particulier !

M. *Buffet.* Ma conclusion est le renvoi de l'article à la commission. J'estime qu'il y a quelque chose de parfaitement légitime dans le vœu des médecins de ne pas rester, comme ils le sont aujourd'hui, à l'état d'isolement. Je voudrais, pour ma part, leur donner satisfaction par une organisation analogue à celle du barreau, et dont la loi déterminerait les conditions et les règles. Mais je crois que l'association syndicale qui se forme simplement par la volonté et la déclaration de quelques personnes n'atteindrait nullement le double but que l'on doit se proposer, c'est-à-dire de donner au corps médical et au public de nouvelles garanties. (*Très bien ! très bien ! à droite.*)

M. *Trarieux.* Messieurs, je ne m'attendais pas, moi non plus, à prendre la parole sur l'article 14, et ce ne sont que de très courtes observations que je demande également à vous soumettre.

Il semble que nous ayons peur de la liberté. L'honorable M. Halgan demandait tout à l'heure la restauration des anciennes corporations et ne se conteutait pas, pour le corps médical, de la faculté de s'orgauiser en syndicat, il réclamait le syndicat obligatoire ; et voici que maintenant, M. Hervé de Saisy et avec lui, dans une certaine mesure, M. Buffet, protestent contre la liberté, d'ailleurs assez réduite, que les nouveaux termes de l'article 14 accorderaient aux médecins de former des groupements syndicaux !

Pourquoi donc ces frayeurs, messieurs, et pourquoi refuser aux médecins la faculté de constituer des associations libres, de former des syndicats ?

Quand nous avons élaboré et voté la loi de 1884, il est certain que notre attention n'a porté que sur les ouvriers du travail manuel et sur les patrons ; mais, au fond, quel a été le but élevé de cette loi ?

Est-ce que, par hasard, comme il semblerait résulter du langage tenu tout à l'heure, nous aurions simplement voulu munir des deux parts, les patrons et les ouvriers d'armes de guerre et préparer entre eux la lutte ?

Quant à moi, telle n'a point été ma pensée lorsque j'ai voté la loi des syndicats. J'ai voulu donner aux ouvriers, d'abord, s'ils le désiraient et sans les y obliger, et aux patrons, ensuite, s'ils le croyaient utile, le moyen de se réunir, de se grouper pour l'examen et pour la défense de leurs intérêts communs. Il ne s'est agi pour moi que de permettre à tous les membres d'une même industrie ou d'un même corps d'état d'unir leurs efforts par la coopération dans un but de protection respective et commune.

Mais, si c'est bien là ce que nous avons entendu réaliser par la loi de 1884, et si la définition que j'en donne est exacte. quelle raison aurions-nous donc d'en restreindre l'application au travail manuel et servile ? Pourquoi ne pas en étendre le bénéfice à toutes les industries et à toutes les professions, quel que soit leur caractère, même aux professions libérales ?

Est-ce donc que les médecins n'ont pas des intérêts multiples à examiner et sur lesquels il leur est utile de pouvoir constituer des associations professionnelles ?

Tout d'abord, on se préoccupe d'une éventualité qui, quant à moi, ne me touche guère et que je ne saurais prévoir, c'est celle de coalitions et de grèves. J'en dirai un mot tout à l'heure et nous verrons s'il est possible que ce fantôme puisse nous arrêter.

Mais avant cela, n'y a-t-il pas des devoirs d'état, que le corps médical est intéressé au premier chef, pour sa dignité même et pour son honneur à pouvoir discuter et réglementer en commun ?

Il existe, à cette heure, plusieurs associations en France, dont une seule groupe plus de 8,000 médecins, qui n'ont d'autre but avoué que d'organiser fortement cette utile discipline. Ces associations n'existent, en réalité, que par tolérance : elles sont hors la loi ; c'est pour elles qu'on vous demande de légiférer ; c'est elles qu'il s'agit de mettre en règle avec la justice. Or, sont-elles, ont-elles jamais été la cause d'un désordre quelconque et serait-il équi-

table, en leur refusant la légalité qu'elles réclament, de les condamner à disparaître ?

M. *Buffet*. Pas le moins du monde.

M. *Trarieux*. Pas le moins du monde, dites-vous. C'est donc alors que vous prenez votre parti de vivre dans l'illégalité ? Eh bien, je crois, moi, que le régime du droit et de la loi est préférable. (*Très bien ! Très bien !*)

M. *René Goblet*. On ne peut pas appliquer aux médecins une loi qui ne leur est pas applicable !

M. *Trarieux*. Mon Dieu, mon cher collègue, je m'étonne de vous voir mon adversaire dans une question de cette nature, mais je crains une chose, c'est que vous donniez, sous l'empire de préoccupations que je soupçonne, une interprétation trop étroite à la loi de 1884.

M. *René Goblet*. En aucune façon. Je demande la parole.

M. *Trarieux*. Cette loi est plus large que vous ne la voulez faire ; vous n'y voyez qu'un moyen de mettre en lutte les intérêts du capital et ceux du travail. (*Protestations sur quelques bancs.*)

J'y vois autre chose, quant à moi ; j'y vois la faculté précieuse d'associer dans une même tendance les intérêts d'une même profession ou d'une même industrie, sans distinguer la nature propre du travail.

Et s'il s'agit de rechercher les avantages que le corps médical peut avoir à tirer de telles associations, je crois qu'il y a d'abord pour les médecins un premier résultat à en obtenir, c'est de pouvoir régler comme ils l'entendent les questions de discipline professionnelle qui peuvent les concerner.

C'est beaucoup pour eux aussi que de pouvoir instituer un point de rendez-vous, où chaque année, plusieurs fois même dans le cours de l'année, ils se rencontreront, sortiront de leur isolement et viendront échanger leurs idées. (*Très bien ! à gauche.*)

C'est beaucoup encore, au point de vue de leur développement scientifique, que d'avoir la pleine liberté de se prêter un mutuel concours.

Songez donc, messieurs, à la situation si déshéritée de nos médecins de province ! N'est-il pas indispensable, s'ils ne veulent pas se stériliser dans l'expérience étroite d'une pratique personnelle, qu'ils puissent emprunter aux secours que la mutualité d'une association leur permet d'obtenir les moyens de se tenir au niveau des progrès de la science ?

Qui peut nier que le syndicat leur ouvre, à ce point de vue, des ressources et leur offre des facilités aussi précieuses au bien de tous que profitables à eux-mêmes ?

Alors, messieurs, où est l'objection ? On n'en présente qu'une seule ; nous l'avons entendue tout à l'heure formulée par l'honorable M. Hervé de Saisy qui nous disait : Est-ce que les médecins, qui jouissent d'un monopole (puisqu'à leur diplôme est attaché le droit exclusif de soigner les malades), ne vont pas trouver dans les syndicats professionnels la possibilité de rançonner leurs clients, d'élever leur tarif et de ne plus se déplacer, comme le soin de la santé publique le réclame, dans des conditions accessibles à tous ?

A droite. Parfaitement !

M. *Trarieux*. Messieurs, je m'étonne et je m'afflige, je dois le dire, qu'une pareille préoccupation puisse venir à l'esprit. (*Mouvements divers.*)

D'abord, que vise-t-elle ? Elle n'atteint pas les médecins des grandes villes. Ceux-là n'ont pas besoin de syndicats professionnels. Non, elle atteint ces pauvres médecins de campagne dont Balzac, dans un roman célèbre, a tracé la vie si intéressante et si noble. Supposez-vous donc que ces médecins puissent jamais être dominés par la pensée du lucre ? Mais nous connaissons tous leur vie, et nous savons si elle proteste contre un pareil soupçon. Ils vont au chevet des malades... (*Bruit et interruptions à droite.*)

Vous vous récriez, messieurs ? Je ne sais pas alors véritablement comment s'exerce la médecine dans les pays qu'habitent ceux de nos collègues qui protestent. Mais quant à moi, je déclare n'avoir pas rencontré dans ma carrière un seul exemple d'un médecin cupide, refusant les secours de son art, non pas seulement à un malade douteux, mais même à un malade qu'il savait à l'avance ne pouvoir pas le récompenser de ses soins. (*Vive approbation sur un grand nombre de bancs à gauche et au centre.*)

Non, je ne crois pas qu'on puisse citer un seul trait de ce genre et ce que je sais, au contraire, c'est que la plupart des médecins de nos campagnes travaillent comme des nègres, plus que personne autour d'eux ; que c'est à peine, cependant, si leurs gains fournissent aux besoins de leurs familles et que, dans tous les cas, on aurait peine à en citer un seul qui s'enrichisse à courir nuit et jour les grands chemins. (*Très bien ! et applaudissements sur les mêmes bancs.*)

Je trouve donc que vos inquiétudes ne sont pas justifiées ; j'ajoute qu'il est très légitime que, même sur le terrain des intérêts matériels, les médecins, comme les autres, puissent se concerter et se défendre. On objecte que la contre-partie n'existerait pas ici. Les ouvriers, dit-on, sont tenus en bride par les syndicats de patrons et les patrons ont eux-mêmes comme porte-respect les syndicats d'ouvriers. Or, au syndicat des médecins ne pourrait s'opposer le syndicat des malades...

Cela n'est même pas vrai !

M. *Emile Lenoël*. Parfaitement !

M. *Trarieux*. Cette objection n'est même pas exacte, dis-je, car je vois, sur un très grand nombre de points, des sociétés coopératives s'organiser dans le personnel desquelles les médecins ont le plus souvent le principal élément de leur clentèle, et ces sociétés toutes puissantes pourraient parfaitement dicter leur loi si les médecins en face d'elles restaient désarmés.

M. *Combes*. Le fait se produit !

M. *Trarieux*. Mais nous examinons précisément en ce moment, monsieur Goblet, la proposition de loi dont vous nous avez saisis et dans laquelle vous réclamez la liberté d'association. Or, qu'est-ce autre chose que cette liberté d'association que nous vous demandons de donner *hic et nunc* aux médecins sur le terrain de la défense des intérêts professionnels ?

C'est de la liberté pure du droit d'association qu'il s'agit ici, d'une liberté qui n'a rien de redoutable et qui n'est que la justice : comment donc rencontre-t-elle un adversaire en vous ?

Non, cette liberté ne peut effrayer personne, et le Sénat nous la concédera, alors surtout qu'il a été fait une juste part aux seules objections qui, au cours de notre première discussion, s'étaient élevées.

On a fait, dans le texte qui vous est proposé aujourd'hui, une part complète aux préoccupations du Gouvernement qui nous demandait purement et simplement, d'apporter, entre la 1re et la 2e lecture, certaines restrictions, certaines réserves, en ce qui concerne les médecins qui rempliraient des fonctions publiques ou qui seraient salariés par les départements et les communes. Cette part faite à la prudence, quelle objection sérieuse pourrait encore nous arrêter ? (*Très bien ! et applaudissements sur plusieurs bancs à gauche.*)

M. *le marquis de l'Angle-Beaumanoir*. Le Gouvernement a tiré son épingle du jeu, les malades s'arrangeront comme ils pourront ! (*Bruit et protestations sur plusieurs bancs à gauche.*)

M. *Trarieux*. C'est la loi commune, mon cher collègue ! L'Etat n'a jamais autorisé ses fonctionnaires à se constituer en syndicats contre lui, et, s'il est des médecins fonctionnaires, nous n'entendons point réclamer pour eux autre chose que la loi commune. (*Nouveaux applaudissements.*)

M. *le marquis de l'Angle-Beaumanoir*. Il n'y a pas de danger, ils s'en garderaient bien !

M. *René Goblet.* Je demande la parole.

M. *le président.* La parole est à M. Goblet.

M. *René Goblet.* Messieurs, j'ai eu le tort d'interrompre, et voilà pourquoi je suis à la tribune.

Je ne veux pas, bien entendu, faire un discours, je vous demande simplement la permission de présenter quelques observations en réponse à mon honorable ami M. Trarieux.

Je crois véritablement que dans cette discussion il y a entre nous un malentendu. Je n'ai pas besoin de dire que je suis partisan de la liberté d'association, et pour tout le monde.

J'ai pris l'initiative, ainsi que l'on vient de le rappeler, d'une proposition sur la liberté d'association que nous discutons en ce moment même, et il est bien entendu que les médecins devront profiter de cette liberté, quand elle aura été votée par les Chambres.

Mais ce qui m'apparaît comme certain, après la discussion à laquelle nous venons d'assister, c'est que la loi sur les syndicats professionnels est une loi d'un ordre spécial, qui n'a pas été faite — pour les médecins notamment — et c'est précisément parce qu'elle ne peut pas s'appliquer à toutes les situations qu'il nous a paru nécessaire de faire une loi générale sur la liberté des associations.

Voici l'observation que je voulais faire à M. Trarieux.

Il nous dit : « Vous faites de la loi de 1884, une loi beaucoup trop étroite ; vous voulez n'y voir qu'une arme de guerre. » Sans doute, je le reconnais avec lui, la loi de 1884 a été faite d'abord pour permettre aux ouvriers de se grouper, de se réunir, de se concerter entre eux sur leurs intérêts.

Cela est très bien. C'est là, en effet, un des buts de cette loi ; mais elle en a un autre que vous ne pouvez pas méconnaître. Quel est le véritable sentiment qui a inspiré le législateur lorsqu'il a voté la loi de 1884 ? Pourquoi, alors qu'on ne donnait pas aux autres la liberté d'association, a-t-on cru devoir l'accorder sous cette forme aux ouvriers ?

Messieurs, c'est parce que tout le monde a compris qu'en face de l'industrie actuelle, de l'industrie capitaliste, l'ouvrier isolé, individualisé, était sans force, qu'il était à la merci du patron. Il n'est donc pas douteux qu'à côté de ce premier intérêt, qu'on vous rappelait fort justement, il y en avait un autre, qui était le principal, et qui consistait à donner à l'ouvrier le moyen, par l'association, d'opposer une force légitime à la force en face de laquelle il se trouvait placé ; la loi de 1884 a considéré qu'il n'était pas possible de laisser l'individu sans défense en face des capitaux réunis de l'industrie.

Pourquoi donc voulez-vous l'appliquer aujourd'hui aux médecins qui ne sont pas du tout dans la même situation, ainsi que l'honorable M. Buffet le faisait remarquer avec juste raison tout à l'heure ? (*Très bien ! très bien !*)

Les médecins jouissent d'un monopole, quelle est donc l'autorité, la force contre laquelle ils peuvent avoir à lutter ? Je ne la vois pas. C'est évidemment le public ? Mais le public n'est pas organisé contre les médecins, il n'a pas à se défendre contre eux et il paraît inutile de leur mettre entre les mains une arme qu'il était nécessaire de donner aux ouvriers.

La loi de 1884 ne trouve donc pas son application ici. La liberté d'association, soit ; nous la déterminerons. Mais cette loi spéciale sur les syndicats a été destinée aux ouvriers, elle ne saurait s'appliquer dans cette circonstance.

Un dernier mot.

Vous dites que vous êtes convaincus que la question d'argent ne jouera aucun rôle dans les syndicats médicaux. Je reconnais comme vous le désintéressement des médecins, et je suis le premier à louer leur dévouement et leur esprit de charité ; mais enfin, vous ne nierez pas que les questions d'argent rentreraient dans les attributions d'un syndicat professionnel de médecins (*Très bien ! très bien !*), qu'un syndicat professionnel, mal inspiré si vous le voulez — et vous admettiez vous-même, mon cher collègue, cette hypothèse dans les derniers mots que vous venez de prononcer — vous ne nierez pas, dis-je, qu'un syndicat professionnel de médecins pourra s'attribuer le droit de fixer le chiffre des honoraires et d'interdire, par conséquent, à tout médecin qui en fera partie, de traiter avec les malades au-dessous d'un certain prix.

Sur divers bancs. C'est cela ! très bien !

M. *René Goblet.* On a voulu comparer tout à l'heure la profession médicale avec celle d'avocat ; on a dit qu'il serait désirable de voir les médecins adopter l'organisation qui existe pour le barreau et qui lui a permis de conserver ses glorieuses traditions.

Eh bien, admettriez-vous que, soit le conseil de l'ordre, soit la corporation tout entière, c'est-à-dire le tableau des avocats d'une ville prît des dispositions pour déterminer l'importance des honoraires qui seraient attribués à l'avocat suivant la nature des affaires ? Mais si un barreau prenait une pareille résolution, il serait immédiatement condamné comme ayant forfait aux traditions de l'ordre ! (*Nouvelles marques d'approbation.*)

Il n'y a donc pas d'assimilation possible entre les associations de cette nature et les syndicats professionnels qui ont été créés pour un autre objet.

Oui, il y a une liberté d'association nécessaire à donner aux médecins ; oui, il est indispensable qu'ils puissent s'entendre sur les grands intérêts de leur profession, mais, en attendant que la loi en préparation soit votée, la tolérance dont jouissent actuellement toutes les associations leur suffit.

M. *Combes.* Non, ce n'est pas suffisant !

M. *Lourties.* Ce que nous réclamons, ce n'est pas une tolérance, c'est l'exercice d'un droit et l'usage d'une liberté !

M. *René Goblet.* Quant à la loi sur les syndicats professionnels, c'est une loi spéciale ; elle doit être réservée pour l'objet pour lequel elle a été votée. Par conséquent, je le répète, je ne crois pas quelle doive recevoir ici son application. (*Très bien ! très bien ! sur un certain nombre de bancs.*)

M. *Emile Loubet, président du conseil, ministre de l'intérieur.* Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. le président du conseil.

M. le président du conseil. Messieurs, je suis appelé à la tribune par un mot qu'a prononcé tout à l'heure l'honorable M. de l'Angle-Beaumanoir.

M. *le marquis de l'Angle-Beaumanoir.* Il résume la question.

M. le président du conseil. M. de l'Angle-Beaumanoir a cru résumer la question en disant :

« Le Gouvernement a tiré son épingle du jeu ! Il laisse organiser l'exploitation des malades. »

M. *le marquis de l'Angle-Beaumanoir.* Je vous demande pardon, monsieur le président du conseil, je n'ai pas dit « l'exploitation ». Vous allez au delà de ma pensée. J'ai dit : « Les malades se tireront d'affaire comme ils pourront ! »

M. le président du conseil. Je suis enchanté de la rectification.

C'est, messieurs, je le répète, l'interruption de mon honorable collègue qui m'amène à la tribune. J'ai déjà eu l'honneur de dire au Sénat, lors de la 1re délibération, que je ne combattais pas l'article 14 ; je me suis borné à rappeler l'état de la question en ce qui concerne l'application de la loi du 21 mars 1884 aux associations de médecins. J'ai dit qu'aux termes de la jurisprudence ces associations ne rentraient pas dans les dispositions de la loi de 1884. J'ai même cité la décision de la cour suprême, qui consacre cette jurisprudence, et, j'ajoutais : « Si les médecins reçoivent la faculté de se syndiquer, il faut bien observer que, parmi eux, un certain nombre — et ce nombre s'accroîtra bientôt — ont le caractère de fonctionnaires et touchent des honoraires ou des traitements de l'Etat, des départements ou des communes.

C'est à l'égard de ceux qui auraient cette qualité de fonctionnaires que j'avais à faire des réserves expresses et d'ailleurs conformes à une doctrine

universellement admise sur l'inaptitude des fonctionnaires publics à se grouper en syndicats.

Je me suis borné, dans la 1re délibération, à ces observations, sous le bénéfice desquelles j'ai pu déclarer ne pas m'opposer au vote de l'article 14, proposé par la commission et voté d'ailleurs par la Chambre des députés. Mais, vous vous le rappelez, j'ai insisté pour chercher dans l'intervalle des deux délibérations un terrain d'entente avec la commission.

Ce terrain d'entente, je crois que nous l'avons trouvé. La réserve formulée à la fin de l'article indique surabondamment la portée des paroles que je prononçais, il y a quelques jours.

Je réponds maintenant à l'honorable M. Goblet. Il a soutenu, après M. Hervé de Saisy, que les médecins ne rentrent en aucune façon dans les catégories d'individualités ou de corporations visées par la loi de 1884.

Je suis entièrement d'accord avec lui ; mais s'ils y rentraient, nous n'aurions pas besoin de légiférer et de déclarer par l'article 14 que les médecins pourront désormais se syndiquer. (*Très bien ! très bien ! sur un certain nombre de bancs à gauche.*)

Quant à l'honorable M. Hervé de Saisy, il voit un réel danger à donner aux médecins la faculté de se constituer en syndicats. Dans quel but, dit-il, se syndiqueront-ils ? Uniquement ou surtout en vue d'augmenter leurs honoraires. Cette crainte a été partagée par un certain nombre de nos collègues.

Messieurs, on l'a déjà dit, il est difficile d'affirmer que les médecins associés en syndicats, suivant les règles de la loi de 1884, poursuivront les résultats qu'on semble redouter, c'est-à-dire la fixation d'un tarif plus élevé d'honoraires, il est difficile d'affirmer surtout qu'ils exécuteraient cette résolution si elle était prise.

Mais quand même cette crainte serait justifiée, elle ne devrait pas vous arrêter, et voici pourquoi.

Si la loi qui est en discussion à l'heure qu'il est consacre au profit des médecins certains avantages professionnels, dont ils jouissent depuis la loi de ventôse, si elle institue ce qu'on appelle un monopole (l'expression est peut-être un peu exagérée), si elle crée à leur profit une situation privilégiée, elle crée aussi, il ne faut pas l'oublier, des obligations nouvelles qui en constituent le corollaire, des obligations dont nous verrons l'énumération un peu plus loin, dans la série d'articles qui complète la loi en discussion.

Eh quoi ! lorsque vous demandez au corps médical des sacrifices nouveaux, lorsque vous lui imposez des obligations nouvelles, lorsque vous le soumettez à la réquisition de tel ou tel magistrat, de tel ou tel fonctionnaire de l'ordre administratif dans des cas déterminés par la loi, vous voudriez lui refuser une compensation aussi légitime que le droit de bénéficier de la loi de 1884 ? C'est exagérer la prudence, — j'allais dire la méfiance, mais le mot serait peut-être excessif, — à l'égard des médecins. Je crois qu'on peut sans danger, avec la formule qu'a acceptée la commission, donner satisfaction aux médecins.

Ce qu'ils réclament d'ailleurs, c'est leur constitution en syndicat légal, en vertu de la loi de 1884. Or, ces syndicats existent en fait. On vous rappelait tout à l'heure l'existence d'une grande société qui compte 3,000 membres, 7,000 même me disait M. le commissaire du Gouvernement, et dont le siège est à Paris. Mais je puis ajouter qu'à côté de cette grande société, il y en a d'autres qui fonctionnent depuis longtemps dans presque tous nos départements. Quel est donc leur objectif ?

Je ne crois pas m'avancer beaucoup en affirmant que toutes ces sociétés n'ont pour moi que deux buts, dont elles n'ont jamais dévié. Le premier, c'est d'établir entre les membres qui les composent des liens de confraternité, d'assistance et de secours en cas de malheur. (*Très bien ! très bien à gauche et au centre.*)

Le second but qu'elles poursuivent — et je termine sur ce point en disant que la plupart du temps, elles ont obtenu les résultats qu'elles avaient en vue — le second but, c'était d'exercer une action efficace à l'encontre de ceux qui pratiquent illégalement la médecine. (*Très bien ! très bien à gauche.*)

Messieurs, c'est là peut-être un but non pas aussi élevé, mais aussi important pour le public, pour les malades, pour l'ensemble de la nation, que le premier l'est pour les médecins eux-mêmes.

Personne n'ignore dans quelles regrettables conditions s'exerce encore l'art de guérir — ou l'art de tuer, pour parler comme M. Hervé de Saisy ; dans nos campagnes et même dans les villes, même dans la capitale. Le charlatanisme fleurit en médecine, surtout en médecine, et tous nos collègues peuvent avoir été témoins d'exploitations véritablement scandaleuses, dont les unes s'étalent sur la voie publique à grand renfort de panaches, de clairons, de musique, et sont absolument impunies.

Je sais bien que les parquets peuvent agir. Ils agissent quelquefois. De temps en temps, des condamnations légères sont prononcées, mais l'action judiciaire ne s'exerce pas par l'initiative des médecins, précisément parce que ces associations particulières n'ont pas l'existence légale, la personnalité anonyme nécessaire pour l'exécution d'actes qu'il répugne toujours à une individualité d'accomplir à l'égard même de charlatans dangereux. (*Très bien ! à gauche.*)

Cette action, c'est encore à l'heure qu'il est le but principal que se proposent les médecins qui demandent à se syndiquer.

La réalisation de leurs désirs est-elle si dangereuse pour l'ensemble des citoyens qu'il soit opportun de la leur refuser ? Je ne crois pas, et, tout au contraire, j'estime que l'ensemble des citoyens n'a qu'à gagner à ce que les syndicats puissent s'organiser et empêcher cette exploitation de la crédulité publique, de la bourse de chacun et de la santé de tous. (*Très bien ! très bien ! — Vive approbation à gauche et au centre.*)

M. le président. M. Mazeau n'a pas développé sa proposition ?

M. Mazeau. Le Gouvernement ne l'acceptant pas, je la retire.

M. le président. La proposition de M. Mazeau est retirée.

Personne ne demande plus la parole sur l'article 14 ?...

Je le mets aux voix.

(L'article 14, mis aux voix, est adopté.)

OBSTÉTRIQUE PRATIQUE

De l'insertions du placenta sur le segment inférieur.

I

Jusqu'à ces dernières années le *placenta prævia*, c'est-à-dire le placenta se trouvant sur le chemin que suit le fœtus pour sortir de la cavité utérine, était considéré comme un accident extrêmement grave, mais heureusement rare ; on l'observait à peine 1 fois sur 1,000 accouchements. Il s'agissait habituellement d'une grande multipare, ayant perdu du sang pendant les 2 ou 3 derniers mois de la grossesse, qui était reprise à nouveau d'hémorrhagies abondantes au moment de l'accouchement ; ces hémorrhagies tuaient le fœtus dans la moitié des cas et mettaient la femme dans une situation extrêmement grave ; au moment de l'accouchement, on pouvait constater directement avec les doigts les cotylédons placentaires situés au niveau de l'orifice utérin. La gravité du danger avait amené les accoucheurs à

préconiser plusieurs méthodes de traitement, au premier rang desquelles se trouvait le tamponnement.

Depuis 1886, les idées se sont profondément modifiées sur la fréquence et sur la symptomatologie de l'insertion vicieuse du placenta. M. Pinard publia à cette époque un travail dans lequel il insistait sur les relations de cause à effet existant entre l'insertion vicieuse du placenta et certaines particularités de la grossesse, accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, présentations vicieuses, etc., depuis lors M. Pinard n'a cessé d'appeler dans ses leçons l'attention sur la fréquence de l'insertion vicieuse du placenta ; l'une de ses élèves, Mme Berta Dylion, a résumé (1), dans une thèse fort bien faite, les principales idées de notre maître sur ce sujet qui présente tant d'importance au point de vue de la pratique.

II

Avant d'étudier les signes qui permettent de reconnaître l'insertion vicieuse du placenta, il faut définir ce qu'est au juste cette complication. Le terme d'insertion vicieuse est impropre parce qu'il semble préjuger qu'on connaît le lieu le plus habituel d'insertion du placenta ; jusqu'à Levret, Portal, les accoucheurs pensaient que cette insertion se faisait presque toujours au fond de l'utérus. Ces auteurs réagirent contre cette manière de voir et montrèrent que l'insertion pouvait se faire sur les différents points de la cavité utérine ; ces idées furent confirmées par les accoucheurs de ce siècle ; cependant, on admettait encore que le placenta s'insère assez souvent au fond de l'utérus.

Il semble démontré aujourd'hui que ce mode d'insertion est exceptionnel et que, le plus habituellement, l'insertion placentaire siège sur la face antérieure ou sur la face postérieure de l'utérus, rarement sur les bords. Toutes les fois que le placenta empiète par son insertion sur la partie inférieure de l'utérus (zone dangereuse de Barnes), il y a insertion *vicieuse* ou mieux il y a insertion du placenta sur le segment inférieur : cette insertion sera plus au moins complète suivant que la partie inférieure du placenta se rapprochera plus ou moins de l'orifice interne (ins. latérale, marginale). L'insertion *centrale*, c'est-à-dire celle dans laquelle le centre du placenta correspond à l'orifice interne est tout à fait exceptionnelle ; M. Pinard affirme même n'en avoir jamais rencontré d'exemple.

Est-il possible de savoir rétrospectivement quelle situation occupait le placenta dans la cavité utérine ou plutôt de savoir à quelle distance de l'orifice interne du col se trouvait le bord inférieur du gâteau placentaire ? Oui, à la condition d'examiner avec soin les membranes, en les tendant avec la main introduite à travers l'ouverture ; lorsqu'en effet la délivrance est normale et que les membranes sont intactes, complètes, elles présentent « une ouverture assez régulière à travers laquelle le fœtus est sorti et qui correspond *à peu près* au pôle inférieur. Si donc on mesure les distances qui séparent les bords de cette ouverture aux bords correspondants du placenta, on aura approximativement les distances qui séparaient le placenta des bords de l'orifice utérin. Si l'on suppose un arrière-faix présentant entre les bords de l'ouverture des membranes et les bords correspondants du placenta une distance de 5 cent. d'un côté et de 35 cent. de l'autre, on pourra en conclure que vraisemblablement le placenta était inséré à 5 cent. de l'orifice utérin. Si, au contraire, on mesure sur tous les points du pourtour de l'orifice membraneux des distances de 20 centimètres, c'est que le placenta était inséré à égale distance de l'orifice utérin au fond de la cavité ». Aussi, nous rappelant que la hauteur du segment inférieur est de 10 à 11 cent. nous dirons qu'il y a insertion du placenta sur cette zone toutes les fois que d'un côté de l'orifice de rupture les membranes mesureront moins de 10 centimètres.

Cette mensuration des membranes est facile à pratiquer ; à l'heure actuelle, lorsqu'on examine le délivre, il ne faut point négliger ces constatations. On met le placenta sur une table, y reposant par sa face utérine ; on pénètre avec la main dans l'intérieur de l'œuf, on soulève les membranes, on les tend et on se rend compte approximativement du lieu d'insertion du placenta dans la cavité utérine ; ce qui peut servir à expliquer certaines particularités de la grossesse ou de l'accouchement. Sans doute, cette méthode n'est pas absolument mathématique, en ce sens que la rupture des membranes ne se fait pas toujours exactement au centre de la partie inférieure ; elle est inapplicable dans les cas où les membranes sont déchirées, incomplètes ; aussi ces faits ne doivent-ils pas être comptés dans la statistique de l'insertion du placenta.

D'ailleurs, on pourra contrôler les renseignements fournis par la mensuration des membranes à l'aide de l'examen de l'arrière-faix ; les recherches de Gendrin, Sireluis, confirmées depuis par Hofmeier, Ahlfeld, Schroëder ont en effet montré que le placenta prævia présentait des caractères microscopiques particuliers : sa forme est plus ou moins irrégulière ; il est aplati, étalé ; quelquefois formé de deux lobes distincts. Les cotylédons diffèrent de volume et d'épaisseur ; en certains points ils sont atrophiés, tandis que dans d'autres ils présentent une épaisseur plus ou moins grande. Les membranes sont généralement plus épaisses, plus résistantes au fur et à mesure qu'on se rapproche du placenta.

Tous ces caractères seront d'autant plus marqués qu'une plus grande portion du placenta, voire même la totalité du placenta, sera insérée sur le segment inférieur de l'utérus ; de même, d'une manière générale, les troubles occasionnés par cette complication au cours de la grossesse et de l'accouchement seront d'autant plus manifestes que le placenta empiétera davantage sur le segment inférieur.

Pendant la *grossesse*, la présence du placenta sur le segment inférieur peut ne se traduire par aucun signe extérieur, ni par aucune complication ; cependant, il est un certain nombre d'incidents qui s'observent assez fréquemment ; ce sont : 1° Les hémorrhagies ; 2° la rupture prématurée des membranes ; 3° l'accouchement prématuré ; 4° Le défaut d'accommodation pelvienne ou utérine amenant facilement des présentations vicieuses.

1° *L'hémorrhagie*. C'est le fait qui avait seul frappé les observateurs et qu'ils ont d'ailleurs dé-

(1) De l'insertion vicieuse du placenta par Berta Dylion, Paris. Henri Jouve, 1890.

crit d'une manière parfaite au point de vue symptomatologique. L'hémorrhagie survient généralement sans cause appréciable, alors que la femme est tranquillement assise ou même lorsqu'elle est couchée et qu'elle dort profondément ; l'écoulement sanguin, qui survient ainsi brusquement, peut être d'emblée considérable, mais s'arrête spontanément ; c'est en outre une hémorrhagie à *répétitions*, qui va se reproduire 8 ou 15 jours après la première, et quelquefois être plus abondante. Dans certains cas, l'écoulement sanguin n'est pas très considérable, mais il est continu et peut mettre la femme dans un état d'anémie grave avant tout début de traitement.

C'est surtout pendant les 2 ou 3 derniers mois de la grossesse que peuvent se montrer ces hémorrhagies, parce que c'est dans cette période de la grossesse que l'utérus se développe, augmente de capacité aux dépens du segment inférieur ; cependant il est légitime d'admettre que nombre d'hémorrhagies et par suite d'avortements qui surviennent du 3me au 6e mois de la grossesse doivent être attribués à la même cause, ainsi qu'on peut s'en rendre compte dans certains cas par l'examen de l'œuf abortif.

Comment expliquer la production de ces hémorrhagies qui surviennent au cours de la grossesse ? Elles résultent évidemment du décollement du placenta ; reste à savoir pourquoi ce décollement a lieu. Les théories ne manquent point : 1o d'après Jacquemier il résulterait du défaut de parallélisme entre le développement du placenta et celui du segment inférieur qui s'amplifie d'une manière très marquée à la fin de la grossesse ; cette opinion a été développée par Depaul, qui admet que le placenta ne peut suivre le développement des parois ; « de là, séparation entre le tissu placentaire et le tissu utérin, rupture des vaisseaux utéro-placentaire et hémorrhagie » ; 2o pour Barnes, ce serait au contraire le placenta qui se développerait trop rapidement et n'aurait pas la place suffisante ; en outre, il faudrait tenir compte d'une sorte de congestion périodique qui se produirait chaque mois au niveau du placenta ; 3o Schrœder incrimine le glissement de la paroi utérine sur l'œuf, mais les explications qu'il fournit, ainsi que la théorie de Mathews Duncan, s'appliquent surtout aux hémorrhagies survenant au cours du travail.

La théorie, émise par le P. Pinard, permet d'expliquer l'hémorrhagie de la grossesse comme celle du travail ; en effet : pendant les derniers mois de la grossesse, il existe des contractions utérines indolores ; celles-ci déterminent une pression qui s'exerce sur toute la périphérie de l'œuf, mais notamment au niveau du segment inférieur en voie d'ampliation. Lorsque le placenta est inséré dans la zone moyenne et surtout dans la zone supérieure de l'utérus, la pression s'atténue parce qu'elle met en jeu l'extensibilité de toutes les membranes et le tiraillement exercé sur le placenta est insignifiant ou du moins insuffisant pour produire le décollement. Il n'en est pas de même lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur. Sous l'influence de la contraction utérine, il se produit une expansion considérable de la portion du segment inférieur laissée libre par l'insertion placentaire ; il y a à ce niveau distension anormale du chorion qui manque d'élasticité ; le tiraillement met bien en jeu l'extensibilité des membranes, mais d'un autre côté le tiraillement s'opère directement sur le placenta : d'où *hémorrhagie* plus ou moins considérable suivant l'étendue du décollement.

Cette hémorrhagie ne se produit pas fatalement : les adhérences inter-utéro-placentaires peuvent être assez solides pour résister à ces tiraillements ; le chorion est plus ou moins extensible ou bien il se rompt ; on se trouve en présence d'une *rupture prématurée* des membranes, c'est-à-dire d'un écoulement du liquide amniotique se produisant un temps plus ou moins long avant tout début de travail.

M. Pinard a montré combien il fallait attacher peu d'importance aux différentes causes données par les auteurs pour expliquer cet incident de la grossesse (minceur des membranes, hydramnios, grossesse gémellaire, rétrécissements du bassin, mauvaises présentations, etc.) ; si, dans certains cas exceptionnels, en particulier lorsqu'il y a surdistension de l'œuf, certaines de ces causes peuvent agir pour produire la rupture prématurée, il n'en est pas moins vrai que c'est surtout l'insertion du placenta sur le segment inférieur qui amène le plus souvent la rupture prématurée ; sur 147 cas de rupture prématurée des membranes, 105 fois les membranes mesuraient d'un côté moins de 10 centimètres. Généralement lorsque les membranes sont ainsi rompues, il ne survient plus d'hémorrhagie, jusqu'au début du travail ; parfois cependant l'orifice de rupture n'est pas assez grand et les membranes, malgré cette petite solution de continuité, continuent à tirailler le placenta, la femme perd du liquide amniotique plus ou moins teinté par le sang.

Une conséquence toute naturelle de la rupture prématurée des membranes, c'est l'*accouchement prématuré* qui peut résulter aussi simplement de la gêne apportée à l'ampliation du segment inférieur par la présence du placenta. Sur 167 cas d'accouchement prématuré, dus à l'insertion vicieuse du placenta, il y avait eu 72 fois rupture prématurée. Quant à la fréquence proportionnelle des accouchements prématurés, on peut dire que cet incident survient environ chez le tiers des femmes dont le placenta empiète sur le segment inférieur.

Il est une autre conséquence de cette complication, c'est que l'accommodation utérine, et par suite l'accommodation pelvienne sont souvent viciées, l'engagement de la partie fœtale ne se fait que tardivement, dans les derniers jours de la grossesse et peut même faire défaut ; de telle sorte que la proportion des présentations du siège est plus grande que dans les grossesses normales ; il n'est pas rare non plus de rencontrer des présentations de l'épaule, la tête glissant sur la surface du placenta et venant se placer vers l'une ou l'autre des fosses iliaques.

Est-il possible de soupçonner, pendant la grossesse et même de reconnaître la présence du placenta sur le segment inférieur ? D'une manière générale, lorsqu'on ne trouve pas d'autre cause (rétrécissement du bassin, hydrammios, etc.) pouvant expliquer le défaut d'engagement ou la présentation vicieuse, il faut y songer ; à plus forte raison, s'il existe en même temps des hémorrhagies, si la femme a perdu du sang au cours de la grossesse ou s'il survient une rupture prématurée des membranes.

L'examen de la femme peut venir confirmer ces prévisions : en palpant, on constate que la

partie fœtale qui se trouve en bas, à peine amorcée, le sommet, par exemple, s'applique mal sur l'aire du détroit supérieur ; en cherchant à l'appliquer contre l'angle sacro-vertébral on sent qu'elle est arrêtée par un obstacle qui ne paraît pas osseux, mais donne une sensation de mollesse et de résistance toute particulière.

Au toucher, on constate que le col est généralement dévié vers l'un des culs-de-sac, qu'il est pour ainsi caché au fond d'une dépression, tandis que dans la partie opposée le segment inférieur est tendu et épais ; on se rend compte de cette disposition en combinant le palper au toucher : on sent que le doigt vaginal est séparé de la partie fœtale que l'on abaisse avec l'autre main par une épaisseur assez grande de tissus.

Enfin, dans des cas assez nombreux, il est impossible de soupçonner cette disposition du placenta ; tout semble normal ; il n'y a aucun accident ; la grossesse va à terme ; ce n'est parfois qu'après la délivrance faite, qu'on reconnaît que le placenta était inséré bas.

Nous verrons prochainement les particularités du travail et de la délivrance dans les cas d'insertions vicieuses du placenta, ainsi que le meilleur mode de traitement à opposer aux accidents qui peuvent se produire et surtout au plus redoutable d'entre eux, l'hémorrhagie.

(*A suivre.*) Dr G. LEPAGE.

REPORTAGE MÉDICAL

M. Pierre Maurel, interne des hôpitaux de Paris, vient d'être chargé, par le Ministère de l'Instruction publique, d'une mission en Allemagne et Autriche-Hongrie pour y étudier l'enseignement de l'otologie, de la laryngologie et de la rhinologie. Notre ami nous enverra, sous forme de lettres de voyage, le résumé de ses impressions sur la pratique des Allemands dans cette spécialité à l'exercice de laquelle il se destine.

Une pétition au Sénat. — M. Dide, sénateur du Gard, a déposé récemment, sur le bureau du Sénat, une pétition destinée à produire une vive impression.

Cette pétition émane de M. Boyen, médecin-major de 2e classe du 1er régiment de spahis. A la suite d'une série de faits qui soulevèrent de violentes polémiques en Algérie et passionnèrent l'opinion publique, M. Boyen fut mis en non activité le 1er septembre 1891. Par sa pétition, M. Boyen réclame justice contre la mesure qui l'a atteint dans ses intérêts et dans son honneur. N'ayant pu obtenir satisfaction de ses chefs hiérarchiques, il s'adresse au Sénat et accompagne sa pétition de documents qui ne laissent aucun doute sur le bien fondé de sa réclamation.

Ces documents sont nombreux, d'une authenticité et d'une portée indiscutable ; sa demande est en dehors de toute question politique ; la solution que lui donnera le Sénat aura un intérêt très grand, car c'est l'« état des officiers » même et la situation du corps de santé militaire qui sont mis en question.

Nous aurons l'occasion de revenir sur cette pétition et de mettre sous les yeux des lecteurs du *Radical* son historique et les preuves aur lesquelles elle est appuyée.

(*Le Radical.*)

NÉCROLOGIE

M. MANOURY (Jules-P.-Th.), externe des hôpitaux de Paris, reçu le 5e au dernier concours, décédé le 21 mars à l'âge de 19 ans 1/2. Nous adressons à son malheureux père, le Dr Manoury, l'expression de notre affectueuse sympathie.

M. le docteur BILLOUX, de Cepoy (Loiret), membre du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE

4, rue Antoine-Dubois, 4

Libraire-éditeur du « **Concours médical** », la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

La *Société d'Editions scientifiques*, établie sur les bases de la **Mutualité**, a pour principe de partager par moitié, entre les Auteurs et elle, *tout bénéfice* résultant de la vente des ouvrages.

Des climats et des stations climatiques, par le Dr H. Wéber, médecin des hôpitaux de Londres, traduit de l'anglais par le Dr Paul Rodet, in-8°, 150 pages. — Prix : 5 francs.

Présenter d'une façon claire et concise des notions très pratiques de climatothérapie, tel est le but de cet ouvrage. Aujourd'hui où le traitement hygiénique et climatique des maladies tend de plus en plus à entrer dans nos mœurs, le médecin doit posséder des renseignements très précis sur la climatologie et sur les diverses stations où l'on peut diriger les malades, selon la nature de la maladie et selon l'état des personnes. Le Dr Wéber s'est acquis à Londres, dans le public médical, une sorte de spécialité pour l'étude de ces questions, et son ouvrage fait autorité. Il était donc indispensable de le mettre entre les mains des médecins français ; c'est ce que le Dr Rodet a compris et personne n'était mieux placé que lui pour remplir cette tâche. Net franco 4 francs.

RECETTES PHOTOGRAPHIQUES

Sous ce titre, M. Abel Buguet a réuni 600 *procédés, formules, recettes, tours de main*, d'un usage constant dans le laboratoire du photographe.

C'est la première fois que ces renseignements sont groupés en si grand nombre, méthodiquement, et formulés en un type simple et uniforme qui facilite les recherches et permet la comparaison des préparations similaires.

Il n'est guère d'ouvrage qui s'impose aussi complètement à l'amateur trop souvent arrêté dans ses travaux par la recherche, au travers de revues où elles sont perdues, d'une formule, d'une recette qu'il faut employer séance tenante.

C'est comme le *catéchisme* du photographe à qui il gagnera un temps précieux.

Envoi franco au reçu du prix en mandat-poste.

1re série, broché.	**2** fr. »	2e série, broché.	**2** fr. »
— relié..	**2** fr. **50**	— relié..	**2** fr. **50**

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA LOI CHEVANDIER

modifiée par le Sénat.

Quelques rares journalistes ont prétendu que la loi de ventôse était préférable à la loi nouvelle, que les revendications du corps médical, que celle-ci consacre et qui datent d'un demi-siècle, étaient sans valeur. Nous croyons que tous nos lecteurs réduiront ce paradoxe à sa juste valeur. Il leur suffira pour s'en convaincre, de lire, avec attention, les nouveaux articles que la Chambre des députés pourra probablement adopter sans modifications, afin d'éviter les voyages si longs du Sénat à la Chambre et de la Chambre au Sénat.

Voici le texte des articles, définitivement votés :

TITRE 1er.

Conditions de l'exercice de la médecine.

Art. 1er. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le Gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat (Facultés, Ecoles de plein exercice et Ecoles préparatoires réorganisées conformément aux règlements rendus après avis du conseil supérieur de l'instruction publique.)

Les inscriptions précédant les deux premiers examens probatoires pourront être prises et les deux premiers examens probatoires subis dans une Ecole préparatoire réorganisée comme il est dit ci-dessus.

—

C'est un avantage d'une portée générale et très élevée, qu'en vertu de cet article 1er tous les médecins soient pourvus du même diplôme. Cette égalité fera cesser quelques rivalités malsaines et nos confrères, officiers de santé, dont la situation est non seulement sauvegardée, mais encore améliorée, seront les premiers à éprouver les bienfaits de la suppression de leur ancien titre.

—

Art. 2. — Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste. Le diplôme de chirurgien-dentiste sera délivré par le Gouvernement français à la suite d'études organisées suivant un règlement rendu après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique et d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat.

—

Il était utile de consacrer, par un diplôme spécial, la sphère d'action des dentistes. La création des écoles dentaires et le succès de leur enseignement élèveront le niveau de cette utile branche de l'art de guérir, qui d'ailleurs reste aussi le domaine du docteur en médecine.

—

Art. 3. — Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de 1re ou de 2e classe délivré par le Gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une Ecole de plein exercice ou une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat.

Un arrêté pris après avis du conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions de scolarité et le programme applicables aux élèves sages-femmes.

—

Le maintien du diplôme de 2e classe se justifie par l'insuffisance du niveau scolaire du plus grand nombre des sages-femmes. Il appartient à nos confrères de faire, dans une bonne mesure, l'éducation des *matrones*, en leur enseignant *ce qu'elles ne doivent pas faire.*

—

Art. 4. — Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine.

Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de médecine.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations antivarioliques.

—

Les interdictions édictées vis-à-vis des sages-femmes devront être surveillées par les syndicats. La nécessité de la généralisation de la vaccination justifie la faculté accordée aux sages-femmes

—

TITRE IV.

Conditions communes à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire et de la profession de sage-femme.

Art. 5. — Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, de dentiste ou de sage-femme, et en se conformant aux dispositions prévues par les articles précédents.

Des dispenses de scolarité et d'examens pourront être accordées par le ministre, conformément à un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas, les dispenses accordées pour l'obtention du doctorat ne pourront porter sur plus de trois épreuves.

—

Cet article donne satisfaction à des réclamations très anciennes, générales et très fondées.

—

Art. 6. — Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de douze inscriptions, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

—

On ne verra plus poursuivre un étudiant en fin d'études avec plus d'âpreté qu'un vulgaire charlatan.

—

Art. 7. — Les étudiants étrangers qui postulent, soit le diplôme de docteur en médecine visé à l'article 1er de la présente loi, soit le diplôme de chirurgien-dentiste visé à l'article 2, et les élèves de nationalité étrangère qui postulent le diplôme de sage-femme de 1re ou de 2e classe visé à l'article 3, sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

D'autre part, il pourra leur être accordé, en vue de l'instruction dans les Facultés et Ecoles de médecine, soit l'équivalence des diplômes ou certificats obtenus par eux à l'étranger, soit la dispense des grades français requis pour cette inscription, ainsi que des dispenses partielles de scolarité correspondant à la durée des études faites par eux à l'étranger.

Art. 8. — Le grade de docteur en chirurgie est et demeure aboli.

Art. 9. — Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le mois qui suit leur établissement, de faire enregistrer, sans frais, leur titre à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai.

Ceux ou celles qui, n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent faire enregistrer leur titre dans les mêmes conditions,

Il est interdit d'exercer sous un pseudonyme les professions ci-dessus, sous la peine édictée à l'article 19.

—

L'article 9 permettra d'établir une statistique exacte et de poursuivre les médecins non diplômés et le dernier paragraphe évitera des abus que la loi de ventôse ne punissait pas.

—

Art. 10. — Il est établi chaque année dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du diplôme des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes visés par la présente loi.

Ces listes sont affichées chaque année, dans les mois de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'intérieur, de l'instruction publique et de la justice.

La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée tous les ans par les soins du ministre de l'intérieur.

Art. 11. — L'exercice simultané de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme avec celle de pharmacien ou d'herboriste est interdit, même en cas de possession des titres conférant le droit d'exercer ces professions. Cette disposition n'est pas applicable à ceux qui exercent aujourd'hui simultanément les deux professions.

Toutefois, sous les conditions de se soumettre aux lois et règlements régissant la pharmacie, à l'exception de la patente, tout docteur peut porter des médicaments à ses malades, lorsque ceux-ci demeurent à quatre kilomètres au moins d'une officine de pharmacien.

Il peut aussi, mais sans tenir officine ouverte, fournir chez lui des médicaments à ses malades, lorsque sa demeure est à quatre kilomètres au moins d'une officine de pharmacien.

La délivrance de médicaments doit être accompagnée d'une ordonnance, datée et signée, indiquant leur nature et les doses prescrites.

—

L'article 11 consacre un notable progrès et des avantages dont nos confrères apprécieront, plus tard, toute la portée. Inutile de les faire ressortir, avant la nouvelle délibération de la Chambre.

—

Art. 12. — L'article 2272 du code civil est modifié ainsi qu'il suit :

« L'action des huissiers, pour le salaire des actes qu'ils signifient... » (Le reste comme au code.)

Ajouter à l'article le paragraphe suivant :

« L'action des médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens, pour leurs visites, opérations et médicaments, se prescrit par deux ans. »

—

L'article 12 étend d'une année le privilège des médecins.

—

ART. 13. — L'article 2101 du code civil, relatif aux privilèges généraux sur les meubles, est modifié ainsi qu'il suit dans son paragraphe 3 :

« Les frais quelconques de la dernière maladie quelle qu'en ait été la terminaison, concurremment entre ceux à qui ils sont dus. »

—

L'article 13 interprète un paragraphe du Code civil d'une façon avantageuse pour nous.

—

ART. 14. — A partir de l'application de la présente loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, à *l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes.*

—

Nous n'avons pas à nous étendre sur l'importance de cet article. Nous en développerons les conséquences en leur temps.

—

ART. 15. — Les fonctions de médecins experts près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine français.

Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811, en ce qui touche les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins.

Le même règlement déterminera les conditions suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux.

—

Nous espérons qu'enfin les tarifs seront modifiés et qu'on nous conférera souvent la qualité d'expert, avec ses conséquences.

—

ART. 16. — Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sous son observation et visées dans le paragraphe suivant.

La liste des maladies épidémiques, dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel, sera dressée par arrêté du ministre de l'Intérieur après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Le même arrêté fixera le mode de déclaration des dites maladies.

—

L'article 16 ne nous préoccupe guère, puisque, à la campagne, il sera sans portée, tant que le service d'hygiène n'y existera point.

—

ART. 17. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 30 et 34 de la présente loi, prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire et des accouchements, sauf les cas d'urgence avérée ;

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par l'article 4 de la présente loi ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.

Les dispositions du paragraphe 1er du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux garde-malades, ni aux personnes qui, sans prendre le titre de chirurgien-dentiste, opèrent accidentellement l'extraction des dents.

ART. 18. — Les infractions prévues et punies par la présente loi seront poursuivies devant la juridiction correctionnelle.

En ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou la pratique des accouchements, les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les associations de médecins régulièrement constituées, les syndicats visés dans l'article 14 pourront en saisir les tribunaux par voie de citation directe donnée dans les termes de l'article 182 du Code d'instruction criminelle, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite de ces délits, intentée par le ministère public.

ART. 19. — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs, et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1,000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'exercice illégal de l'art dentaire est puni d'une amende de 50 à 100 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 francs.

L'exercice illégal de l'art des accouchements est puni d'une amende de 50 à 100 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 francs et d'un emprisonnement de six jours à un mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 20. — L'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire, avec usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé, est puni d'une amende de 1,000 à 2,000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 2,000 à 3,000 francs et d'un emprisonnement de six mois à un an, ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'usurpation du titre de dentiste sera punie d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'un emprisonnement de six jours à un mois.

L'usurpation du titre de sage-femme sera punie d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1,000 francs, d'un emprisonnement de un mois à deux mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 21. — Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque, se livrant à l'exercice de la médecine, fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine sans en indiquer l'origine étrangère. Il sera puni d'une amende de 100 à 200 francs.

Art. 22. — Le docteur en médecine ou l'officier de santé qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 16 sera puni d'une amende de 50 à 200 francs.

Art. 23. — Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 9 de la présente loi, est puni d'une amende de 25 à 100 francs.

Art. 24. — Toute infraction aux prescriptions de l'article 11 est punie d'une amende de 100 fr. à 500 fr., et, en cas de récidive, d'une amende de 500 fr. à 1000 fr. et d'un emprisonnement de six jours à trois mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 25. — Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice, sous les peines portées à l'article précédent.

Art. 26. — Il n'y a récidive qu'autant que l'agent du délit relevé a été, dans les cinq ans qui précèdent ce délit, condamné pour une infraction de qualification identique.

Les articles 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 ne peuvent que nous être favorables à tous égards et consacrent des améliorations.

Art. 27. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession peuvent être prononcées par les cours et tribunaux accessoirement à la peine principale contre tout médecin, officier de santé, dentiste ou sage-femme, qui est condamné : 1° à une peine afflictive et infamante ; 2° à une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol et escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334 et 345 du code pénal ; 3° à une peine correctionnelle prononcée par une cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi. En cas de condamnation prononcée à l'étranger pour un des crimes et délits ci-dessus spécifiés, le coupable pourra également, à la requête du ministère public, être frappé, par les tribunaux français, de suspension temporaire ou d'incapacité absolue de l'exercice de sa profession.

Les aspirants ou aspirantes aux diplômes de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste et de sages-femmes condamnés à l'une des peines énumérées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, peuvent être exclus des établissements d'enseignement supérieur.

La peine de l'exclusion sera prononcée dans les conditions prévues par la loi du 27 février 1880.

En aucun cas, les crimes et délits politiques ne pourront entraîner la suspension temporaire ou l'incapacité absolue d'exercer les professions visées au présent article, ni l'exclusion des établissements d'enseignement médical.

Art. 28 (ancien article 29). — L'exercice de leur profession par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 18, 19, 20, 21 et 22 de la présente loi.

Art. 29 (ancien 27). — L'art. 463 du code pénal est applicable aux infractions prévues par la présente loi.

L'article 27 et suivants ont été réclamés *par tous les Syndicats* ; et ils ont notre entière approbation.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES.

Art. 30. — Les médecins et sages-femmes venus de l'étranger, autorisés à exercer leur profession avant l'application de la présente loi, continueront à jouir de cette autorisation dans les conditions où elle leur a été donnée.

Art. 31. — Les officiers de santé reçus antérieurement à l'application de la présente loi, et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 33 ci-après, auront le droit d'exercer la médecine et l'art dentaire sur tout le territoire de la République.

Ils seront soumis à toutes les obligations imposées par la loi aux docteurs en médecine.

Art. 32. — Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles : 1° un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine ; 2° un dentiste qui bénéficie des dispositions transitoires ci-après, pourra obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste.

Art. 33. — Les élèves qui, au moment de l'application de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé, pourront continuer leurs études médicales suivant les règles précédemment en vigueur et obtenir le diplôme d'officier de santé.

Art. 34. — Le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892.

Les dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent n'auront le droit de pratiquer l'anesthésie qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé.

Les dentistes qui contreviendront aux dispositions du paragraphe précédent tomberont sous le coup des peines portées au deuxième paragraphe de l'article 20.

Art. 35. — Le droit de continuer l'exercice de leur profession est maintenu aux sages-femmes de 1re et de 2e classe, reçues en vertu des articles 30, 31 et 32 de la loi du 15 ventôse an XI, ou des décrets et arrêtés ministériels.

Art. 36. — La présente loi ne sera exécutoire qu'un an après sa promulgation.

Art. 37. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'application de la présente loi à l'Algérie et aux colonies et fixeront les dispositions transitoires ou spéciales qu'il sera nécessaire d'édicter ou de maintenir.

Art. — Sont et demeurent abrogés à partir du moment où la présente loi sera exécutoire : la loi du 19 ventôse an XI, l'article 27 de la loi du 27 germinal an XI, et généralement toutes les dispositions des lois et règlements contraires à la présente loi.

—

Quant aux *dispositions transitoires*, elles ont toutes été dictées par un sentiment d'équité et par le

souci de sauvegarder des situations engagées ou acquises.

En somme, si la nouvelle loi n'est pas parfaite, — et nous sommes de cet avis plus que personne, puisque nombre de nos réclamations, si souvent développées et si sérieusement soutenues par nos sociétés, n'ont pas été admises, — nous serions bien malvenus à refuser notre approbation à la *loi Chevandier*, une loi de réparation, une loi de concorde médicale. Elle sera le point de départ de nouvelles réclamations, parce que son interprétation prêtera sûrement le flanc à des critiques fondées. — Dans un certain nombre d'années nos successeurs feront ce que nous avons fait. A chaque jour suffit sa tâche.

A. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE (1)

Phlébite dans le cours de la grippe.

M. *Troisier* a observé une phlébite dans le cours de la grippe chez une femme de 34 ans. La grippe a débuté vers le 20 janvier. Bientôt, otite suppurée à gauche ; état fébrile, entre 38° et 39°5, pendant une semaine. Le 9 février, en pleine convalescence, apparition d'une phlébite du membre inférieur gauche, accompagnée d'une nouvelle poussée fébrile (39°5). La fièvre disparut au bout de huit jours ; les douleurs persistèrent pendant une quinzaine de jours, et ce n'est que depuis peu que l'œdème a tout à fait disparu.

Cette phlébite est probablement de nature microbienne, mais relève-t-elle de l'élément pathogène de la grippe ? Ne résulte-t-elle pas plutôt d'une infection microbienne secondaire (streptocoque ou autre) ?

M. *Chantemesse*. La première hypothèse est la plus vraisemblable. On sait avec quelle fréquence le streptocoque intervient dans les complications de la grippe. Quant au microbe de la grippe, il n'est point certain que les petits bacilles vus par Babes, Pfeiffer, M. Cornil et moi, appartiennent à la même espèce microbienne. Il reste encore d'outeux que la spécificité de ce petit bacille soit établie.

M. *Desnos* a eu connaissance de deux cas de phlébite grippale. Un de ces faits a été observé par lui-même au cours de l'épidémie de 1889 90.

M. *Galliard* a également observé un cas de phlébite grippale, mais le malade avait une pneumonie, et on sait que la phlébite n'est pas extrêmement rare en pareille circonstance. M. *Bucquoy* a observé aussi la phlébite grippale (*Soc. méd. des hôp.*).

A propos des nodosités digitales de Bouchard.

M. *Le Gendre*, pour répondre à quelques objections sur les rapports des nodosités dites de Bouchard avec la dilatation gastrique, cite tout d'abord une statistique personnelle de 1885, dans laquelle, sur 78 malades des deux sexes (37 hommes et 41 femmes) pris au hasard dans les salles de Lariboisière, 24 étaient porteurs des nodosités en question. Ces 24 malades étaient tous des dilatés.

Il y a quelques jours, M. Le Gendre a repris la question en examinant 58 malades à la Charité (32 hommes et 26 femmes). Sur les 32 hommes, 9 présentent des nodosités de Bouchard à un degré variable. Ce sont des malades atteints de grippe ou de tuberculose, mais chez lesquels on constate, en outre, de la dilatation gastrique ou des troubles digestifs accentués et tenaces. Sur les 26 femmes, 6 présentent des nodosités moyennement volumineuses, 4 sont des dilatées dyspeptiques, 2 des tuberculeuses avec dilatation.

M. *Mathieu* : La dyspepsie et les nodosités de Bouchard coïncident fréquemment, mais celles-ci ne dépendent pas de celles-là. Dyspepsie et nodosités semblent être, en effet, deux manifestations parallèles d'une même prédisposition constitutionnelle.

En outre, les nodosités peuvent exister sans dyspepsie. On ne peut donc se baser sur leur existence pour conclure à l'ancienneté de la dyspepsie ou de la dilatation.

M. *Le Gendre* : Il est incontestable qu'on rencontre parfois les nodosités sans troubles dyspeptiques actuels. Cependant, même dans ces cas, en interrogeant attentivement les malades, on apprend souvent qu'ils ont eu, à une période antérieure, des manifestations gastro-intestinales très nettes. Enfin, pour ce qui est de la corrélation entre les nodosités et la dilatation, on remarque souvent que les nodosités augmentent à mesure que la dilatation devient plus invétérée.

Un cas de guérison de cirrhose alcoolique(1).

M. *Millard* présente un homme de 46 ans qui, à la suite de nombreux excès alcooliques, commença à souffrir, en juillet dernier, de troubles digestifs, et chez lequel, trois mois après, une cirrhose véritable était constituée. Ce malade fut mis immédiatement au régime lacté absolu et à la potion diurétique aux baies de genièvre. On obtint ainsi un effet immédiat ; une diurèse abondante s'établit, l'œdème des membres inférieurs commença par disparaître, ainsi que l'ascite dont il ne restait plus trace au bout d'une semaine. Aujourd'hui, le malade est dans un état excellent ; il mange et digère bien, et il a engraissé ; il continue le lait comme boisson. L'amélioration n'a jamais discontinué, mais en faisant cependant des progrès assez lents ; ainsi la teinte subictérique a persisté longtemps ; de même, la tuméfaction du foie et de la rate ; le foie est même encore actuellement assez volumineux. Néanmoins, on peut, dans ce cas, affirmer la guérison.

M. Millard a déjà présenté, en 1888, à la Société, trois cas identiques de guérison de cirrhose alcoolique. Depuis cette époque, les trois malades se sont abstenus de boissons fermentées et continuent à jouir d'une parfaite santé. Eux aussi, cependant, conservent un foie volumineux. M. Millard va même plus loin : il serait presque tenté de voir dans la persistance d'une certaine

(1) L'abondance des matières relatives à la chronique professionnelle nous a obligés à réserver depuis deux semaines, diverses communications scientifiques intéressantes, mais qui paraîtront arriver en retard. (N. de la Réd.)

(1) Société médicale des hôpitaux, séance du 11 mars.

hypertrophie du foie le gage et la condition de la guérison. Chez les cirrhotiques qui guérissent en effet, le foie, d'abord très hypertrophié, diminue lentement sans rentrer jamais dans ses limites normales.

Il ne faut cependant pas se faire d'illusion. Le malade de M. Millard était au début de son affection, et ce début ne remontait pas à plus de trois mois. Le foie venait à peine de dépasser la première des trois périodes que M. Millard a proposé d'établir dans sa communication de 1888, celle d'*hypertrophie simple*, et il commençait seulement à entrer dans la seconde, celle d'*hypertrophie avec ascite*, dans laquelle la congestion et l'infiltration embryonnaire, déjà assez avancées pour entraver la circulation veineuse et produire l'épanchement intra-abdominal, sont pourtant encore susceptibles de régression.

Si, à l'une ou l'autre de ces périodes, on n'intervient pas, le malade est perdu. La sclérose hépatique s'organise, l'ascite se produit indéfiniment en dépit de toute médication. En même temps que la rate se développe, le foie, au contraire, se réduit de plus en plus et s'indure jusqu'à arriver à la troisième et dernière période, celle d'*atrophie* ultime, incompatible avec la vie.

La première condition de la guérison de la cirrhose alcoolique est donc d'attaquer la maladie le plus près possible de son début ; il ne sera pas impossible alors, comme le prouvent les quatre cas de M. Millard, d'en arrêter les progrès par un régime sévère continué avec persistance.

M. *Rendu* : La communication de M. Millard prouve la curabilité d'une affection réputée incurable il n'y a pas encore bien longtemps. Mais y a-t-il toujours, dans la cirrhose alcoolique, trois stades bien distincts, et l'hypertrophie congestive de l'organe est-elle toujours le phénomène initial ? M. Rendu pense que, dans certains cas, l'affection débute par la sclérose avec atrophie. Il y aurait donc deux formes de cirrhose, l'une hypertrophique d'emblée, l'autre atrophique, celle-là amenant plus rapidement la production de l'ascite et offrant plus de chances de guérison. Cette ascite, pour M. Rendu, serait due plutôt à de la péritonite périhépatique qu'à la compression et à l'oblitération du système porte.

M. *Delpeuch*. Les lésions de la cirrhose alcoolique, d'après des recherches anatomiques récentes, en particulier celles de MM. Dieulafoy et Giraudeau, sont aussi considérables au niveau des rameaux d'origine de la veine porte qu'au niveau des rameaux intrahépatiques. Il y a là un processus qui s'étend à tout le système porte, une véritable pyléphlébite chronique. Mais si, dans ce cas, la cellule hépatique est intacte, comme semble le prouver la persistance du volume du foie ou son augmentation, la guérison est possible. Des voies de dérivation s'établissent alors par des néo-membranes entre les branches d'origine de la veine porte et les veines des parois abdominales tributaires de la veine cave, et ces voies de dérivation permettent la résorption de l'ascite, la disparition des hémorrhagies intestinales, etc. Lorsqu'au contraire la cellule hépatique est profondément altérée ou détruite, l'établissement de ces voies collatérales peut déterminer un amendement de quelques symptômes, mais non une guérison définitive.

M. *Raymond* cite le cas d'un de ses malades qui peut être considéré comme guéri d'une cirrhose hypertrophique avec ascite dont il souffrait en 1878. Cette guérison doit être attribuée au régime lacté et à la suppression des habitudes éthyliques.

M. *Troisier*. La cirrhose alcoolique peut rétrocéder, quand la cause toxique est supprimée, comme on voit rétrocéder les lésions et les symptômes des gastrites et des néphrites de même origine.

Polyurie nerveuse guérie par suggestion.

M. *Mathieu* a rapporté, l'année dernière, un cas remarquable de polyurie hystérique. Le malade rendait de 22 à 25 litres d'urine par vingt-quatre heures. Sous l'influence de l'extrait de valériane, que l'on lui prescrivit dans le service de M. Lancereaux, le taux des urines s'abaissa à 14 litres ; le malade sortit alors de l'hôpital. Il y rentra le 14 janvier dernier, et à cette époque, il urinait de nouveau 25 litres par jour ; la densité de l'urine mesurée immédiatement après la miction était sensiblement la même que la densité de l'urine mixte des vingt-quatre heures, ce qui excluait toute simulation. M. Mathieu avait d'ailleurs trouvé lui-même que l'urée dosée dans l'urine directement recueillie et dans le bocal s'élevait au même taux, et il avait vu le malade émettre, d'un seul coup, deux litres et demi d'urine ; il n'y avait donc pas de simulation. L'urine ne contenait ni sucre ni albumine.

Le 26 janvier, M. Lancereaux prescrivit 4 grammes de phénacétine. Deux jours après il n'y avait que 21 litres d'urine par 24 heures. A ce moment, M. Thiroloix, l'interne du service, fit, à l'insu de tous, remplacer la phénacétine par du chlorure de sodium. Le résultat fut remarquable ; le 9 février, l'urine était à 9 litres, et à 5 litres le 11 ; elle se maintint à ce dernier chiffre les jours suivants ; en même temps sa densité s'était élevée, ce qui démontrait qu'il n'y avait pas eu de manœuvre frauduleuse dans ce sens, non plus que dans le sens de la polyurie.

M. Thiroloix fit alors connaître la substitution opérée par lui. Du coup le charme fut rompu, les urines redevinrent de plus en plus abondantes, et le malade quitta le service, vexé d'avoir été trompé.

C'est là un cas remarquable de ce que l'on pourrait appeler la suggestion par illusion et que l'on peut rapprocher des faits de polyurie hystérique rapportés récemment par MM. Debove et Babinski. (*Soc. des Hôp.*).

Rétention stercorale et lésions viscérales.

Suivant M. *Verneuil*, la rétention stercorale atteint deux genres de patients, les uns jusqu'alors sains en apparence et en réalité, les autres en puissance de propathies (maladies antérieures) diverses. Le mal, dans le premier cas, est simple ou monopathique ; compliqué ou polypathique dans le second. Les rétentions monopathiques sont précisément celles qui offrent la fixité dans les symptômes et la régularité dans l'évolution, tandis que les rétentions compliquées montrent à chaque instant des exceptions et des bizarreries.

De là, deux préceptes utilisables en pratique : 1° Une rétention stercorale étant donnée, sa cause anatomique découverte et sa variété déterminée, prendre tous les renseignements relatifs à

la santé antérieure du sujet, puis explorer tous ses organes, appareils et systèmes, pour constater, s'il y a lieu et le plus tôt possible, la coexistence d'autres états morbides.

2° Une rétention étant reconnue, enregistrer un à un ses symptômes et surveiller pas à pas sa marche ; la considérer comme simple si tout se passe d'une façon orthodoxe et la tenir au contraire pour sûrement polypathique, à la moindre singularité notable, au moindre phénomène paradoxal ; dans ce dernier cas, faire ou refaire l'enquête organique jusqu'à ce qu'on ait découvert les facteurs de la perturbation, ce qui souvent n'est pas trop malaisé, la nature des accidents mettant sur la voie et faisant soupçonner les lésions et maladies méconnues.

S'il existe plusieurs formes de rétention stercorale simple, les variétés de la rétention polypathique sont encore bien plus nombreuses, puisqu'on en compte une de plus chaque fois qu'un état morbide bien défini s'associe à la rétention, éventualité d'autant plus réalisable que les obstructions intestinales sont très communes et qu'elles surviennent souvent chez des sujets d'un certain âge, ayant chance, par cela même, de présenter soit quelque tare organique, soit quelque dyscrasie, intoxication ou infection.

Voici la liste de ces associations les plus communes :

Rétention stercorale chez les alcooliques, les diabétiques, les sujets atteints de cancers abdominaux, de lésions anciennes du foie, du péritoine, du poumon, des reins et même de plusieurs de ces états morbides à la fois.

Les deux principaux caractères qui différencient les rétentions associées sont la complexité des symptômes et l'aggravation du pronostic.

La complexité des symptômes se comprend sans peine, puisqu'on trouve réunis ceux de la rétention stercorale, ceux de la lésion qui amène cette rétention et enfin ceux de l'état morbide associé. Soit, par exemple, une rétention par étranglement herniaire chez un vieil emphysémateux ; on notera simultanément les coliques, le ballonnement du ventre, les vomissements, comme contingent de la rétention ; les lésions locales de la hernie et les troubles nerveux imputables à la constriction de l'intestin ; enfin les accidents pulmonaires, si communs en pareil cas, savoir : l'œdème, la congestion, la splénisation, l'apoplexie du poumon, la broncho-pneumonie ou la pneumonie.

L'aggravation du pronostic est également incontestable et explicable, car les chances mauvaises ont notablement augmenté. En effet, la mort peut survenir d'abord, comme conséquence de la rétention, par perforation intestinale, péritonite infectieuse, herniaire, lente, etc. ; puis, par suite de la marche suraiguë et de l'essor inusité que prend la maladie antérieure. L'expérience démontre même que, dans un grand nombre de cas, c'est de cette propathie que vient le maximum du danger. Tel est le cas de cet alcoolique affecté d'étranglement, et qui mourut de *delirium tremens*, trente-six heures après l'issue de la hernie, alors que les lésions de l'intestin et du péritoine étaient encore peu avancées, et de cet autre patient, convalescent d'une affection cardio-pulmonaire chronique, dont la hernie fut facilement réduite par le taxis et qui, sans accidents abdominaux graves, succomba néanmoins à une asphyxie lente dix heures à peine après la rentrée de l'intestin.

C'est dans l'association de la rétention stercorale avec les anciennes lésions rénales qu'on trouve la démonstration la plus éclatante de l'aggravation du pronostic et de la part prépondérante que prend la maladie antérieure dans la terminaison funeste, si commune en pareil cas.

Dès 1869, M. Verneuil avait recueilli des observations d'étranglement herniaire brusquement terminé par la mort avec un ensemble de symptômes graves : algidité, hypothermie, cyanose, dyspnée, anurie, etc., que Malgaigne avait jadis décrit sous le nom de choléra herniaire et présentant, à l'autopsie, des altérations pulmonaires plus ou moins profondes, en même temps que des lésions chroniques du foie et des reins. Pendant longtemps, il avait mis presque exclusivement l'algidité sur le compte des complications pulmonaires, mais en 1881, mieux informé, il modifia ses opinions et rattacha très nettement le choléra herniaire à l'urémie.

Ce qu'il a vu depuis plaide pour son hypothèse, de sorte qu'aujourd'hui il pose, sans hésitation, les conclusions suivantes :

1° La rétention stercorale, survenant chez des sujets atteints d'anciennes affections rénales offre une extrême gravité ;

2° La mort survient, en général, très vite, sans grands désordres du côté de l'intestin ni du péritoine, mais par suite de l'aggravation soudaine de la néphropathie et avec le cortège des symptômes et accidents qui caractérisent les différentes formes de l'urémie.

Tout récemment, M. Verneuil a revu deux cas de ce genre.

Dans le premier cas, il s'agit d'une hernie ombilicale ancienne et volumineuse, devenant subitement le siége d'un étranglement. Le malade est dans le coma et l'algidité. L'anurie est presque absolue, la sonde ne retire de la vessie que 8 à 10 grammes d'urine fortement albumineuse et sucrée. Le malade n'est pas opéré et la mort survient rapidement sans qu'on trouve trace de la lésion péritonéale. Mais des deux reins, l'un était petit, ratatiné, scléreux ; l'autre présentait les caractères du gros rein blanc.

Dans le deuxième fait, il s'agit d'une obstruction intestinale par une tumeur fibro-kystique de l'utérus. La malade est refroidie et algide, la sonde ne retire de la vessie que 100 gr. d'urine albumineuse, dans les vingt-quatre heures. Après une opération simple et rapide de colotomie, la malade tombe dans le coma, l'algidité s'accentue (35 degrés), et elle meurt le lendemain de l'opération, sans avoir rendu ni selles ni gaz. A l'autopsie, on trouve, avec quelques autres lésions viscérales sans importance, les deux reins réduits de moitié, lobulés et durs. (*Académie des Sciences*).

MÉDECINE PRATIQUE

Les glaires intestinales et l'entéropathie muco-membraneuse.

I

On savait déjà au XVIIe siècle « que certains tænias de l'intestin ne sont pas des vers », comme le faisait remarquer M. Gaston Lyon dans une bon-

ne Revue consacrée à l'entérite muco-membraneuse (*Gaz. des Hôp.* 1889). La confusion est cependant faite chaque jour par les malades qui nous apportent dans un flacon des rubans blanchâtres ou jaunâtres plus ou moins longs, expulsés récemment à la suite de douleurs intestinales, et nous demandent « si la tête y est », puis s'en retournent tout surpris d'apprendre qu'ils n'ont pas rendu des fragments de ver solitaire.

L'expulsion de filaments et de rubans pseudomembraneux par les garde-robes, est un fait qui n'est pas rare et constitue dans les cas très accentués une affection aussi désagréable pour le malade, qu'humiliante pour le médecin par sa résistance à la thérapeutique. Bien connue au point de vue des symptômes et même des circonstances étiologiques, elle est très obscure au point de vue du mécanisme pathogénique, et son traitement n'est nullement réglé.

Dans bon nombre de maladies, les malades expulsent avec les garde-robes des produits membraniformes, plus souvent encore des masses et filaments de consistance gélatineuse ou colloïde, qualifiées de glaires. Il y a lieu d'établir des distinctions entre ces diverses sécrétions intestinales. Toute irritation de la muqueuse intestinale soit par des matières fécales durcies, soit par des médicaments qui la fluxionnent énergiquement, aboutit à une hypersécrétion de mucus qui, mélangé à des cellules épithéliales proliférées et desquamées, constitue les *glaires* plus ou moins filantes ou visqueuses. On en trouve presque constamment dans les garde-robes des constipés habituels, soit libres, soit agglutinées autour des bols fécaux durs et ovillés. L'usage trop fréquent des purgatifs drastiques (jalap, coloquinte, etc.), suffit à entretenir cet état glaireux ; le malade qui est, comme beaucoup de constipés, plus ou moins nosomane et examine attentivement ses garde-robes après avoir fait usage de telle ou telle spécialité purgative réputée *anti-glaireuse*, est enchanté de constater que chaque jour il y a des glaires dans ses selles ; sa confiance dans le purgatif en est quotidiennement accrue ; car il ne soupçonne pas que c'est le purgatif même qui engendre incessamment la production de ces terribles glaires.

Mais les sécrétions purement glaireuses de tout catarrhe intestinal chronique ne suffisent pas à constituer l'affection décrite sous les noms d'entérite membraneuse, pseudo-membraneuse ou muco-membraneuse, par un grand nombre d'auteurs et que je préfère appeler entéropathie pour ne pas trancher la question pathogénique ; car il est douteux que la cause de la formation des produits muco-membraneux soit une inflammation de la muqueuse intestinale.

Les *conditions étiologiques* les plus ordinaires sont le sexe féminin, l'âge moyen de la vie, le tempérament nerveux, la constipation habituelle et la coexistence d'affections utérines; mais ce ne sont pas les seules ; on trouve aussi l'affection muco-membraneuse chez l'homme, s'il est nerveux et constipé, chez l'enfant même très jeune (Lœwenstein en a observé un cas chez un enfant de trois ans et demi) ; le vieillard n'en est pas exempt.

Les deux conditions essentielles en définitive sont la *névrose* et la *constipation* avec atonie de l'intestin, c'est-à-dire la rétention de matières fécales durcies.

La constipation peut être aussi le résultat d'un obstacle mécanique à l'évacuation des matières, comme une tumeur, une rétroversion utérine, des hémorrhoïdes volumineuses ; mais c'est plus rare ; dans ces cas il s'agit le plus souvent d'un état plus ou moins accentué de côlite ou de rectite glaireuse, à peu près continu.

Le propre de l'entéropathie muco-membraneuse est de procéder par crises paroxystiques, séparées par des intervalles de repos plus ou moins prolongés. Les paroxysmes correspondent à l'expulsion des pseudo-membranes, les périodes de calme à la reproduction plus ou mois lente de celles-ci.

Les exsudats membraniformes se constituent dans la dernière partie de l'intestin grêle, mais surtout dans le côlon transverse, quelquefois dans le rectum. Tantôt les concrétions sont amorphes, ressemblant à du blanc d'œuf, ou gélatiniformes, peu cohérentes, tantôt présentent vraiment l'apparence d'exsudats membraneux comparables aux produits expectorés par les malades affectés de bronchite pseudo-membraneuse. Les membranes sont des filaments de 5 à 15 centimètres, pelotonnés, pouvant ressembler à des lombrics, des tubes cylindroïdes, des cylindres pleins, mais le plus souvent des rubans aplatis d'une longueur variable, assez épais, longs de 30 centimètres à 1 mètre, éveillant à première vue l'idée d'un fragment de tænia. On constate souvent sur ces rubans une surface jaunâtre, celle qui était en contact avec les matières fécales, l'autre blanchâtre, d'aspect tomenteux ou villeux, piquetée quelquefois de points noirs et qui correspondait à la muqueuse. Les exsudats membraniformes sont peu consistants et se déchirent aisément.

M. Potain a émis l'hypothèse que les rubans membraniformes se sont formés sur les bandes longitudinales de faisceaux musculaires qui soustendent la muqueuse dans toute la longueur du côlon et font saillie dans la cavité ; le mucus concret qui les constitue serait comme laminé et râclé au passage par les bols fécaux durcis.

Les malades en expulsent des quantités variables, souvent peu à la fois, mais il n'est pas rare qu'une garde-robe en contienne de quoi remplir un verre, exceptionnellement le tiers d'un vase de nuit.

La composition de ces produits est presque toujours la même. Ce qui les constitue en majeure partie, c'est une matière amorphe, demi-transparente, dont les réactions chimiques sont celles du mucus (Perroud, Laboulbène) ; elles diffèrent donc essentiellement à ce point de vue des fausses membranes diphtéritiques qui sont constituées par de la fibrine. Cependant, M. Cornil a trouvé exceptionnellement quelques filaments de fibrine. On n'y trouve pas de fibres élastiques ; il y a en outre des cellules épithéliales cylindriques, quelques leucocytes, des granulations graisseuses, des cristaux d'acide gras, quelquefois un peu de cholestérine ; il y a surtout en quantité prodigieuse des colonies de bactéries, mais nullement univoques ; on y rencontre tous les représentants de la riche flore intestinale. Y a-t-il parmi eux quelque bactérie fabriquant du mucus ?

Contrairemont à presque tous les auteurs, Guttmann dit que dans un cas observé par lui le substratum des membranes était de la fibrine pure.

Les exsudats se dissolvent complètement dans

une solution de potasse caustique ; ils sont seulement désagrégés par l'ammoniaque liquide ; ils résistent à l'action des acides acétique, azotique et chlorhydrique.

On admet en général que la muqueuse intestinale n'est point altérée dans cette affection qui serait seulement un vice de la sécrétion intestinale. Il y aurait toutefois catarrhe simple (Cornil et Ranvier), c'est-à-dire multiplication et desquamation anormale de l'épithélium (G. de Mussy, M. Raynaud) sans ulcérations même superficielles. Presque seul M. Wannebroucq (1876) a admis l'existence de lésions interstitielles profondes et diffuses des tuniques de l'intestin, pouvant amener des ulcérations et même la perforation ; les parois intestinales seraient tantôt ramollies, tantôt indurées de manière à devenir rigides. C'est alors une véritable entérite pseudo-membraneuse à laquelle on a affaire. C'est peut-être une maladie grave, différente de celle que nous avons en vue et qui est si bénigne, malgré les souffrances qu'elle cause, que les autopsies manquent et que pour cette raison, on en sait mal l'anatomie pathologique. Peut-être y a-t-il confusion entre divers observateurs ; Rothmann a parlé aussi d'un cas où chez un malade qui rendait des paquets d'exsudats membraniformes il y a eu mort par ulcère simple du duodénum et perforation du gros intestin au point où s'était organisée une adhérence de celui-ci avec le duodénum.

Au point de vue des symptômes, M. Wannebroucq a décrit une forme aiguë, qui serait fort rare, et où la fièvre, l'anorexie, les vomissements, des douleurs abdominales accompagnent une sorte d'état typhoïde, mais avec constipation opiniâtre, puis excrétions glaireuses mêlées à des scybales, dures, ovillées ; au bout de huit jours environ apparaissent les muco-membranes, d'abord minces et appliquées aux matières alvines, puis tubuliformes, cylindriques ou rubanées, avec météorisme, symptômes dysentériformes, lénesme anal et teinte sanguinolente. En outre, crampes, vertiges, tendance aux lipothymies. Durée de quelques semaines, rechutes fréquentes, récidives à intervalles variables.

Le plus souvent l'affection est au contraire insidieuse et chronique. Chez un constipé névropathe, avec ou sans dilatation gastrique, les garde-robes s'accompagnent d'excrétions de glaires d'abord gélatiniformes et amorphes, d'apparence albumineuse ; puis la constipation un beau jour devient extrême, absolue ; des douleurs violentes éclatent, à localisation prédominante sur le trajet du gros intestin, soit vers l'ombilic, soit vers le coude droit du côlon ; le malade ressent comme une constriction autour des reins, puis après des efforts plus ou moins violents et des coliques quelquefois atroces sont expulsées plusieurs garde-robes, composées presque en totalité de débris ou pelotons membraniformes. En même temps peut exister un cortège nerveux : mains froides, accélération du pouls, dyspnée, angoisse précordiale pseudo-angineuse, des bouffées de chaleur au visage, tintouins dans les oreilles, éblouissements. Puis, peu à peu tout rentre dans l'ordre jusqu'à la crise suivante qui met un temps plus ou moins long à revenir. L'affection une fois constituée peut durer plusieurs années, même toute la vie. On voit de très longues rémissions, peu de guérisons.

Dans quelques cas il y a une sorte d'obstruction passagère de l'intestin, quand les masses muco-membraneuses mises en liberté constituent un volume trop considérable pour être aisément expulsé ; la face grippée, le ballonnement du ventre, la constipation absolue, même sans émission de gaz par l'anus, les vomissements font songer à un étranglement interne, quand la débâcle survient, entraînant la disparition de ce cortège alarmant.

Je ne m'étendrai pas sur les troubles nerveux qui existent chez les malades affectés d'entéropathie muco-membraneuse ; on observe chez eux toutes les formes de la neurasthénie, l'hystérie et l'hypochondrie. Souvent leur nutrition est profondément atteinte, ils sont amaigris, cachectisés au point de faire soupçonner quelque néoplasme que l'examen cependant ne révèle pas.

II

Dans le traitement à opposer à l'état glaireux de l'intestin et à l'entéropathie muco-membraneuse, on doit avoir en vue de combattre les divers éléments que nous a révélés l'analyse des conditions étiologiques.

Avant tout, il faut combattre la constipation, mais il faut éviter tous les purgatifs qui seraient de nature à irriter, à fluxionner, à enflammer la muqueuse ; il faut écarter les drastiques, surtout et même la plupart des purgatifs salins. Certains malades se trouvent bien de prendre chaque matin cinq à dix grammes d'huile de ricin additionnée ou non d'huile d'amandes douces ; on peut aussi donner l'huile de ricin et la glycérine à parties égales, en aromatisant avec une ou deux gouttes d'essence de menthe ou d'anis. D'autres supportent mieux la poudre de cascara sagrada. J'ai coutume d'associer ce laxatif avec un antiseptique (bétol, benzoate de naphtol) ; l'élément bactérien, qui paraît jouer, nous l'avons vu, un rôle dans la formation des concrétions muco-membraneuses, réclame d'ailleurs les antiseptiques. M. G. Sée préconise une poudre laxative, composée de soufre sublimé, de crème de tartre et de magnésie calcinée à parties égales ; il conseille aussi les graines inertes, graine de lin, de psyllium, auxquelles j'ai trouvé pour ma part plutôt des inconvénients ; elles peuvent s'accumuler dans le cœcum et y faire obstruction. Chez des sujets dont le foie fonctionne mal, qui ont des poussées de congestion du côté de cet organe, on peut utiliser le podophyllin et l'évonymin associés à la belladone. De petites doses de calomel sont également utiles de temps à autre.

L'antisepsie de l'intestin peut être réalisée non seulement par les naphtols et le calomel, le salol associé au bicarbonate de soude ; mais pour ce qui est du côlon et du rectum, par les grandes irrigations chaudes, administrées avec l'entérocyse, j'emploie l'eau bouillie saturée d'acide borique ou l'eau de camomille dans laquelle on fait dissoudre 5 à 10 grammes de borate de soude par litre.

J'ai employé aussi l'eau de chaux. Mais, depuis que j'ai eu connaissance des résultats avantageux obtenus par M. Clément (de Lyon), avec le chlorate de potasse, je donne trois fois par semaine un lavement de 300 gr. d'eau contenant 6 grammes de sel de Berthollet, que le malade conserve un certain temps dans le décubitus dorsal.

Au moment des crises de douleurs intestinales qui accompagnent les débâcles de muco-membranes, je recours pour les calmer à des lavements

contenant 3 grammes d'antipyrine ou de salicylate de soude.

Les bains chauds prolongés sont utiles aussi dans ces crises.

J'ai amené aussi du soulagement par les applications de collodion élastique.

Le régime alimentaire est assez délicat à instituer et il n'y a pas lieu d'être trop systématique ; si le malade est intelligent et sait s'observer, on pourra avec avantage tenir compte de ses observations sur la manière dont tel ou tel régime lui réussit.

D'une façon générale, les aliments dont la digestion s'accomplit dans l'intestin plus ou moins complètement doivent être évités : graisses, féculents et farineux ; les sucres seront toujours pris avec une extrême modération ; les crudités, le vinaigre, le poivre et les épices, l'oseille, les fruits acides sont nuisibles.

Parmi les viandes, il faut écarter le gibier faisandé. Les viandes et volailles très tendres et bien cuites, grillées, rôties ou braisées, les poissons bouillis feront, avec quelques légumes verts hachés très cuits comme les épinards, la chicorée et la laitue cuite, le fonds de l'alimentation ; le bouillon de bœuf ou de volaille dégraissé soigneusement servira de potage, avec des potages au lait pour lesquels on pourra utiliser certaines farines très fines comme la crème de riz et la farine de maïs. Les œufs seront pris avec modération ; certains malades les digèrent mal ou bien voient augmenter leur constipation, quand ils mangent souvent des œufs.

Comme boisson, l'eau d'Alet, l'eau de Pougues additionnée d'un quart de vin blanc ou de champagne sec ; quelquefois l'eau pure seule vaudra mieux, quelquefois des infusions de gentiane, de quassia, de houblon, ou de camomille.

On doit ne conseiller qu'avec hésitation le lait ; j'ai vu pourtant un cas dans lequel le régime le mieux supporté a été la viande crue et le lait ; toutes les fois que la malade s'en écartait, elle était reprise des douleurs et des débâcles pseudomembraneuses.

Le traitement de la dilatation de l'estomac, quand elle coexiste avec l'entéropathie mucomembraneuse, réclame quelques indications spéciales telles que le rationnement des liquides, jamais au-dessous de 800 cent. cubes par 24 heures — trop souvent les médecins conseillent au malade de boire « le moins possible », formule prise alors au pied de la lettre par le patient qui, pour toute récompense de la torture de la soif qu'il s'est imposée, récolte des coliques néphrétiques. Dans la dilatation gastrique l'usage périodique des préparations excito-motrices de la musculature gastro-intestinale est aussi indiqué : la noix vomique, le sulfate de strychnine à doses suffisantes, mais pendant peu de jours de suite.

Les troubles névropathiques, qui font cortège aux troubles intestinaux, réclament des pratiques hydrothérapiques variées suivant leur intensité et leur nature : douches chaudes, écossaises, tièdes ou froides, en pluie, en colonne, en cercle ; les affusions, les lotions, les enveloppements dans le drap mouillé ou le demi-enveloppement, maillot humide, répondront aux nécessités des divers cas, suivant que les phénomènes, d'excitation ou de dépression prédomineront.

L'électricité statique, le massage trouvent aussi leur place ; ce dernier particulièrement, puisqu'il triomphe bien de certaines constipations.

Les cures thermales dont on peut tirer le meilleur parti en France sont Plombières, Néris, Vichy, Chatel-Guyon, Saint-Nectaire. Chez les femmes qui ont, en même temps que l'entéropathie muco-membraneuse, une affection de l'utérus ou des annexes, le traitement minutieux de celle-ci est indispensable. J'ai vu une dame atteinte de salpingo-ovarite dont les débâcles intestinales coïncidaient le plus souvent avec la fluxion cataméniale : les applications réitérées de pointes de feu, les injections chaudes, les tamponnements vaginaux appropriés ont triomphé peu à peu de l'inflammation des annexes et les troubles intestinaux ont disparu parallèlement.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Projet de statuts, pour une Caisse indemnité de maladie créée par l'Association générale.

Nous sommes en possession, depuis plusieurs jours, du rapport de M. le Dr *Bucquoy*. Il a été envoyé à tous les présidents des Sociétés locales. Nous regrettons de ne pouvoir le reproduire in-extenso. Le péril couru par les Syndicats a occupé tous les instants et nécessité tous les soins du *Conseil de Direction du Concours* et du *Bureau de l'Union des Syndicats*. C'est pourquoi nous n'avons pu prendre des déterminations sur la question indemnité de maladie. Nous ne pouvons pour le moment dire que ceci : l'Association générale adopte le principe de l'indemnité, au triomphe duquel nous avons consacré plusieurs années ; elle recherche les moyens les plus efficaces de pourvoir, dans la mesure des moyens dont elle peut disposer, cette caisse spéciale, des fonds considérables qui lui sont nécessaires. Elle adopte le principe du droit, modifié, pour le moment, par le caractére spécial de l'Association qui est une œuvre d'assistance confraternelle.

Nous pouvons affirmer, en toute sécurité, que nos collègues et amis voient avec plaisir l'Association s'engager dans une voie féconde en bienfaits et que, quelles que soient leurs résolutions prochaines, ils aideront de tout leur pouvoir à l'œuvre qui sera proposée à l'Assemblée générale. S'ils tentaient de la compléter par une œuvre analogue en dehors de l'Association, ils ne rechercheront sûrement qu'une organisation qui puisse aider la premiére.

Voici le Projet :

Article premier. — Il est créé au sein de l'Association générale des Médecins de France une Caisse centrale d'*Indemnité-Maladie*.

Art. 2. — La dotation de la Caisse centrale est formée :

1° Par une première mise de fonds de 20,000 francs versés par la Caisse générale de l'Association ;

2° Par un don de 4,000 francs de la Société centrale.

D'autre part, cette Caisse est alimentée :

1° Par un versement annuel de 3,000 francs provenant de la Caisse générale de l'Association ;

2° Par une contribution annuelle des Sociétés locales fixée au chiffre de 4 francs par sociétaire ;

3° Par les dons et legs particuliers faits à l'Association pour la Caisse de l'*Indemnité-Maladie* ;

4° Enfin, par les intérêts de tous les capitaux accumulés et affectés à cette Caisse.

ART. 3. — Tout membre de l'Association générale a droit à l'indemnité en cas de maladie, dans les conditions qui seront fixées par un règlement spécial. Il sera tenu d'en faire la demande à sa Société locale.

ART. 4. — Chaque Société locale contribuera pour un tiers aux allocations accordées aux sociétaires malades ; la Caisse centrale fournira les deux autres tiers.

ART. 5. — En cas de liquidation de ladite Caisse, les fonds restants feront retour à la Caisse générale de l'Association.

ART. 6. — Un règlement particulier, élaboré par les soins du Conseil général, et destiné à établir le mode de fonctionnement de la Caisse *Indemnité-Maladie*, sera présenté à l'approbation de la prochaine Assemblée générale de l'Association.

BULLETIN DES SYNDICATS

Le Syndicat de la Seine et la Presse médicale

Notre distingué collègue M. le Dr Chevallereau avait publié quelques critiques à l'adresse du Syndicat de la Seine. Elles n'étaient pas graves et néanmoins M. le Dr Le Maguet a cru devoir les réfuter.

Il écrit à la *France médicale* :

Mon cher confrère,

Le Syndicat de la Seine ne fait pas double emploi avec les Associations et Sociétés déjà fondées.

1° L'Association générale, avec ses 8,000 membres et ses 3 millions de capital....

2° La Société centralo... avec ses 24.000 francs de recettes ;

3° L'Association fondée par le Dr Lagoguey, qui est excellente et qui trouvera des imitateurs ;

4° La Société professionnelle « le Concours médical », fondée par le Dr Cézilly, qui compte déjà plus de 3.500 membres.

5° Les Sociétés médicales d'arrondissement, qu'elle est destinée à renforcer ;

6° La Société des médecins des Bureaux de bienfaisance.

(M. Le Maguet aurait pu ajouter : 7° *l'Union des Syndicats médicaux de France*, qui comprend plus de cinquante Syndicats et ne les a pas encore tous ralliés.)

Toutes œuvres utiles, auxquelles participent les membres de la nouvelle Association.

On objecte que le *Conseil général des Sociétés d'arrondissement*, composé du président et du secrétaire général de chacune des Sociétés adhérentes, peut suffire pour soutenir les intérêts professionnels du corps médical parisien.

C'est une erreur !

Si ce Conseil général travaille, s'il démontre son existence par ses actes, on l'applaudira ! Mais je n'ai qu'une foi limitée dans son action et dans sa puissance. Pour réaliser le progrès, il faut des croyants.

Ces croyants, le Syndicat des médecins de la Seine les possède !

Ce Syndicat, il faut l'appeler par son nom, est impersonnel. Il est indépendant. Seul il peut entrer en rapport avec les Pouvoirs publics — car il représente les intérêts professionnels de tous — car seul il admet dans son sein tous les docteurs et tous les officiers de santé qui exercent légalement dans le département de la Seine.

Il n'exclut que les indignes.

De prime abord, le Syndicat a groupé autour de lui tous les amis du sage progrès. C'est à eux que s'appliquent ces paroles que le Ministre du Commerce et de l'Industrie prononçait récemment au banquet de la Société centrale du travail professionnel :

« Vous avez compris, disait-il, la nécessité pour « tous les citoyens de bonne volonté, de s'unir « librement pour former des institutions, libres « par la façon dont elles vivent et publiques par « le but qu'elles poursuivent, afin d'accomplir « cette portion de l'œuvre gouvernementale que « le Gouvernement ne peut lui-même accomplir. »

L'intérêt général, plus que leur intérêt privé, fera venir à lui les « indifférents ».

Les « privilégiés » de la profession viendront aussi au Syndicat. Ils l'entoureront de leurs sympathies et le soutiendront par leur cotisation. Penser autrement serait méconnaître la consciencieuse solidarité du corps médical français, qui a ses compétitions, ses concurrences, comme tout groupement humain, mais qui a à cœur, par-dessus tout, l'honneur de la corporation.

En attendant le jour, peut-être prochain, où le jeune médecin, entrant dans la carrière, se fera ainsi un titre d'honneur d'entrer dans une association syndicale, le Syndicat des médecins de la Seine, sorti de la période d'organisation, marche, progresse et fait preuve de vitalité et de saine initiative.

Son principe est bon — son organisation est excellente.

Comme le ruisseau antique, *vires acquirit eundo.*

Dr LE MAGUET.

REPORTAGE MÉDICAL

Les consultations dans les hôpitaux. — Le Conseil municipal vient d'être saisi d'une nouvelle proposition du Dr Dubois et de M. Vaillant, qui ne tend à rien moins qu'à faire supprimer dans les hôpitaux les consultations faites par les médecins traitants. « Les malades ayant recours à la consultation des hôpitaux sont, dit à ce sujet le *Progrès médical*, obligés d'attendre plusieurs heures dans une promiscuité funeste l'arrivée du médecin et des élèves. Les médecins ou chirurgiens, après avoir fait la visite plus ou moins longue de leurs salles, font presque toujours la consultation (lorsqu'ils la font) d'une façon incomplète. La plupart du temps, ce sont les internes ou les externes qui sont chargés de ce soin. Il en résulte que les malades dont l'admission est arrêtée à la consultation ne sont examinés par les chefs de service que le lendemain de leur entrée à l'hôpital. Cet état de choses est très fâcheux. Dans beaucoup d'hôpitaux étrangers, la consultation se fait avant la visite des salles. Aussi MM. Dubois et Vaillant demandent-ils que l'on confie aux médecins et aux chirurgiens du Bureau Central le soin des consultations dans les hôpitaux et que les cabinets de consultations soient ouverts dès huit

heures du matin dans les établissements hospitaliers. »

Nous ne voyons, en ce qui nous concerne, que des avantages à modifier le système des consultations dans les hôpitaux et même à les confier aux médecins du Bureau Central si, par eux, elles doivent être faites plus sérieusement. Mais ce qu'il conviendrait aussi de surveiller, c'est l'autorisation accordée à tous les malades de se faire traiter gratuitement. Les médecins de quartier se plaignent de la multiplicité des consultations gratuites dans les cliniques et les policliniques. Si celles-ci ne recevaient que les indigents, nous n'y verrions aucun inconvénient. Mais en est-il bien ainsi ?

— Il y a 147 universités dans le monde entier. La plus considérable est celle de Paris, qui compte 9,215 étudiants, puis viennent celle de Vienne, avec ses 6,220 élèves, l'université de Berlin, avec 5,523. La plus petite est une succursale de l'université de Durham, dans le territoire de Sierra Leone, laquelle compte 12 étudiants et....... 5 professeurs.

— M. le Dr Barrabé, de Domfront, Membre de notre Société, a été élu conseiller général du canton de Posais (Orne) en remplacement de M. le Dr Libert, sénateur, décédé.

— M. le docteur Giustiniani, membre de la société du Concours médical, vient d'être élu conseiller général de la Corse, pour le canton de Petréta-Bicchisano.

— M. le Dr Cazenave de la Roche, membre du Concours médical, vient d'être nommé directeur de l'établissement thermal et hydrothérapique de Bondonneau (Drôme), à 2 kilomètres de Montélimar.

L'assemblée générale annuelle de l'*Association amicale des internes et anciens internes en médecine des Hôpitaux* de Paris aura lieu le samedi 23 avril, *à 4 heures*, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, sous la présidence de M. le professeur *Hardy*.

Parmi les questions mises à l'ordre du jour, on discutera un rapport de M. le Dr Feulard sur la situation faite aux étudiants en médecine par la loi militaire et la limite d'âge proposée pour le concours de l'internat.

Les médecins de la marine. — MM. les vice-amiraux, préfets maritimes de nos ports de guerre, viennent d'adresser une circulaire aux médecins de la marine au sujet de leurs rapports avec la clientèle civile, à laquelle ils ne peuvent donner que des soins entièrement gratuits.

Les motifs de cette mesure ? Une réclamation des médecins civils des ports.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

3700. — M. le Dr Monnier, de Douai, présenté par M. le Dr Pollet, et membre du syndicat de Douai.

3701. — M. le Dr Vincent, de Villeneuve-d'Ingre (Loiret), présenté par M. le Dr Clochepin.

3702. — M. le Dr Leriche, de Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or), présenté par M. le Dr Cazenave de la Roche.

NÉCROLOGIE

Nous avons le très vif chagrin d'annoncer le décès de M. le Docteur Théophile David, député et conseiller général des Alpes-Maritimes, directeur honoraire de l'École dentaire de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, membre du Concours médical.

On doit à notre regretté confrère des travaux importants sur l'art dentaire, notamment sur les microbes de la bouche.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année **N° 17** 23 Avril 1892

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Les Médecins devant le Sénat.

La discussion dont vient d'être l'objet, devant le Sénat, le projet de loi sur l'exercice de la médecine est intéressante à divers titres ; mais elle nous révèle surtout l'état d'esprit de nos législateurs en ce qui nous regarde.

Il y a bien longtemps qu'on a remarqué que le médecin n'avait pas la sympathie du public : certes, les gens malades le réclament à grands cris, protestent devant lui de leur reconnaissance éternelle ;...... mais, guéries, ces mêmes personnes nourrissent à son endroit les préventions les plus ridicules quand elles ne vont pas jusqu'à l'hostilité en règle :

Passato il pericolo, gabbato il santo.

Cette discussion sur l'exercice de l'art de guérir, combien de fois n'a-t-elle pas pris le caractère de diatribe contre les médecins ? Ne dirait-on pas que la préoccupation principale, chez certains, était de garantir le public contre une classe d'hommes dangereux, de faire une loi, non sur l'exercice de la médecine, mais contre les médecins ?

Et je ne parle pas seulement des grotesques qui, comme M. Hervé de Saisy, auraient volontiers fait tenir toute la loi dans cet article :

« *Tous, hormis les docteurs et officiers de santé, ont le droit d'exercer l'art médical* »,

et qui, n'ayant pu convertir leurs collègues à cette doctrine pertranscendante, voulaient au moins qu'un règlement d'administration publique taxât les honoraires médicaux — je n'ai pas besoin d'ajouter que jamais on n'eût songé à les garantir !

On a pu lire le compte-rendu *in extenso* de la discussion sur l'article 14 qui permet aux médecins de constituer des syndicats professionnels : rejeté en première lecture, cet article revenait devant le Sénat avec une modification qui devait rassurer les plus timorés. Or ces amants de la liberté qui ont nom Goblet et Tolain (1) — je n'ose ajouter Buffet sous le même qualificatif — ont fait tous les efforts imaginables pour le faire échouer.

Et si l'article a fini par être voté, ce n'est pas seulement, qu'on le croie bien, grâce à l'intervention si heureuse de M. Trarieux, aux déclarations du Président du Conseil et aux judicieuses répliques du rapporteur M. Cornil — c'est qu'il avait pour le corps médical un petit air vexatoire et restrictif qui sauvait le principe.

Qu'on passe à l'article 12, *Prescription des honoraires médicaux*, on verra qu'aux cinq années adoptées sans discussion par la Chambre, on a substitué deux années seulement.

L'article 11 traite de l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie. Le vieux cliché de l'exploitation du public a été tiré, bien entendu, du magasin des accessoires et présenté tout luisant. J'ai le malheur sur ce point d'avoir des opinions toutes particulières et qui, parce qu'elles sont rigoureusement logiques, n'ont guère chance de triompher jamais : je voudrais qu'un diplôme unique ouvrît les deux professions et que la liberté la plus complète fût accordée à tous les diplômés — mais, je le répète, il ne s'agit pas de mes préférences, et l'article 11 proscrit l'exercice simultané des deux professions.

Il fallait bien faire une exception en faveur des malades trop éloignés du pharmacien, car il s'agit — quoi qu'en pensent certains sénateurs — des avantages des malades et non des convenances du médecin. On a donc fortement stipulé que : *tout docteur peut porter des médicaments à ses malades* lorsque ceux-ci demeurent *à 4 kilomètres d'une officine de pharmacie*, et qu'il peut aussi, mais sans tenir une officine ouverte, *fournir chez lui des médicaments à ses malades*, lorsque sa

(1) M. Tolain était absent lors de la seconde délibération, mais il avait combattu en première lecture et il déclarait, à propos de l'article 18, qu'il regrettait vivement le vote de l'article 14.

demeure est à 4 *kilomètres au moins d'une officine de pharmacie.*

Mais à ces prescriptions indispensables on a ajouté le paragraphe suivant :

La délivrance de médicaments doit être accompagnée d'une ordonnance, datée et signée, indiquant leur nature et les doses prescrites.

Cela est ridicule, mais M. F. Martin — qui s'est prodigué — a cru, en conscience, sauver le Capitole en le faisant voter.

M. le rapporteur Cornil a, en vain, montré ce qu'il y avait de puéril et de peu pratique à demander cette ordonnance accompagnant la remise d'une potion — l'amendement pris en considération a finalement été voté.

Et l'article 24 stipule :

Toute infraction aux prescriptions de l'article 11 *est punie d'une amende de* 100 *à* 500 *francs et, en cas de récidive, d'une amende de* 500 *à* 1000 *francs et d'un emprisonnement de six jours à trois mois ou de l'une des deux peines seulement.*

Donc, chers Confrères, s'il vous arrive dans vos tournées de donner une prise d'ipécacuanha ou de quinine, sans écrire *une ordonnance, datée et signée, indiquant la nature des médicaments et les doses prescrites*,.... il vous en cuira.

On pourrait poursuivre cet examen critique, le résultat serait toujours le même : je m'arrête donc en souhaitant que les voyages de la Chambre des députés au Sénat et du Sénat à la Chambre ne se multiplient pas outre mesure pour le projet de loi, car à chacun d'eux nous avons chance de perdre quelque chose.

La proposition *Chevandier* était excellente, la loi votée par la Chambre valait certainement moins, le texte du Sénat est encore pire. Que nous réserve l'avenir ?

Si encore le public — car c'est à lui qu'il faut toujours revenir — si le public y gagnait quelque chose ! mais on chercherait en vain quel bénéfice il peut tirer de ces modifications ou additions vexatoires pour le corps médical.

Et maintenant, chers confrères, prenez individuellement vos sénateurs pendant les vacances et parlez-leur de la loi sur l'exercice de la médecine ; vous n'en trouverez pas un qui n'ait le sentiment intime de vous avoir tout sacrifié. « J'espère que vous devez être content ! » Voilà la phrase par laquelle ils vous aborderont. Et si vous leur parlez d'hostilité, de méfiance même à l'égard du Corps médical, sûrement ils ne comprendront pas. Leur surprise n'aura d'égale que leur bonne foi, car, il faut le dire pour conclure, leur bonne foi a été entière et ils n'ont fait qu'obéir à l'instinct.

Le médecin, c'est l'ennemi !

Dr A. Gassot.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'enseignement clinique dans les Hôpitaux

Cette question serait bientôt résolue, sans discussion dans les sociétés médicales et sans paperasseries administratives, si dans chaque hôpital de Paris s'organisait un groupement de bonnes volontés comme celui qu'a su réunir à Cochin M. Dujardin-Beaumetz. — On pourra voir par le programme ci-dessous que le caractère de l'enseignement donné à Cochin par notre collègue et ses collaborateurs bénévoles est essentiellement pratique : aussi est-il assuré du succès.

HOPITAL COCHIN

Enseignement clinique du 27 avril au 1er juillet 18[illegible]

Service de M. le Docteur Dujardin-Beaumetz.

M. Dujardin-Beaumetz commencera les conférences cliniques le mercredi 27 avril à 10 heures. Il traitera de l'*art de formuler*.

Ces conférences se feront dans l'ordre suivant :

Le jeudi. — M. le Docteur Le Gendre, médecin des Hôpitaux : *Thérapeutique infantile.*

Le vendredi. — M. Ehrhardt, interne du service : *Les Ictères.*

FEUILLETON

Médecine gratuite.

Lettre à mon Préfet
par un vieux médecin de campagne.

Moncontant, 15 janvier 1892.

Monsieur le Préfet,

Par votre lettre du 12 janvier, vous me priez d'envoyer, dans le plus bref délai, à la Préfecture, le *mémoire* des fournitures faites pour le service *médical gratuit* de ma circonscription, pendant le deuxième semestre de l'année 1891.

Or, il ne saurait y avoir, à ce sujet, Monsieur le Préfet, d'autre *mémoire* que celui du pharmacien qui a fourni les médicaments dont il s'agit, en se conformant au *chiffre* que vous nous aviez désigné au commencement de l'année, en nous signifiant que s'il était dépassé...., ce serait à nos risques et périls, ainsi que l'entendait notre impitoyable maître, le *conseil général* de notre département.

Eh bien ! Monsieur le Préfet, à dater du jour où le chiffre sacramentel de votre administration s'est trouvé atteint, j'ai subi, sans murmurer, la période des risques et périls — tout en fournissant, dans la mesure du possible, et suivant une coutume demi-séculaire —, à l'aide de mes ressources personnelles, puisque je ne pouvais plus compter sur les vôtres, à mes malheureux malades, les remèdes dont ils ne pouvaient se passer ; et pour cela, il n'y aura, entre nous, aucun compte à régler, je suis heureux de vous le dire.

Faut-il, pour cela, Monsieur le Préfet, en conclure que je suis un Crésus ? Hélas ! non. Seulement, voici mon secret :

C'est que, pendant les soixante ans, bientôt, de ma vie professionnelle, à la campagne, — grâce à un petit *cumul*, assurément bien légitime, entre la *médecine* et la *pharmacie*, j'ai pu, à certains moments, partager avec mes chers clients de la *gratuite* les ressources dont je disposais.

Mais aujourd'hui que, par suite de notre loi nouvelle, le sort du *médecin de campagne* va devenir bien voisin de celui d'une *dupe*, le petit arrangement, vraiment fraternel, dont je viens de vous faire la confidence, ne sera plus possible.

Et c'est pour cela que le triste problème dont les amis de l'humanité se préoccupent, avec un

Le vendredi. — M. Sottas, interne du service : *Maladies du système nerveux*.

Le samedi. — M. le docteur Mathieu, médecin des Hôpitaux : *De la dyspepsie*.

Le lundi. — M. le docteur Bardet, chef du laboratoire de thérapeutique : *des Alcaloïdes*.

Le mardi. — M. le docteur Dubief : chef du laboratoire de bactériologie : *Anatomie pathologique de la tuberculose*.

Exercices pratiques.

Clinique thérapeutique au lit du malade. — (tous les matins à neuf heures et demie), M. le docteur Dujardin-Beaumetz.

Thérapeutique expérimentale. — M. le docteur Bardet.

Bactériologie et anatomie pathologique. — M. le docteur Dubief.

Matière médicale et pharmacologie.—M. Egasse.

Massage. — M. le docteur Hirschberg (lundi, mardi, vendredi).

Maladies de la gorge, des oreilles et du nez. — M. le docteur Hirschfeld (mardi, jeudi, vendredi).

Electrothérapie. — M. le docteur Jordanis (mardi, jeudi, samedi).

Règles à suivre dans la thoracentèse (1).

M. *Dieulafoy* croit que jamais une thoracentèse faite avec les précautions suffisantes ne transforme une pleurésie séreuse, ou même hémorrhagique, en pleurésie purulente.

Cette innocuité de la thoracentèse dépend en général des précautions prises et non de l'habileté opératoire. Sur les 180 thoracentèses faites dans son service, la plupart (160) ont été pratiquées par ses internes, ses stagiaires. Aucune n'a été suivie de transformation purulente.

Si l'on essaye, comme le demandait dans la dernière séance M. Dujardin-Beaumetz, de mettre en parallèle, d'une part, les accidents qui peuvent résulter de l'épanchement pleural non ponctionné, de l'autre ceux qui peuvent résulter d'une thoracentèse bien faite, la balance paraît tout en faveur de la thoracentèse.

La mort subite doit être, en effet, regardée comme une complication relativement fréquente des grands épanchements pleuraux non ponctionnés. Depuis la dernière séance, les recherches que j'ai faites m'ont permis de réunir quarante observations. Dans beaucoup d'entre elles, il n'y avait, malgré l'abondance de l'épanchement, ni fièvre, ni dyspnée menaçantes. La thoracentèse paraissait pouvoir être différée, peut-être même rejetée. Dans bien des cas, la quantité de liquide n'était que 1,800 à 2,000 grammes. Exceptionnellement, très exceptionnellement, elle était moindre encore ; c'est donc à partir de cette quantité que la thoracentèse s'impose, quelle que soit la dyspnée, quelle que soit la fièvre, d'urgence et sans délai.

Au point de vue du côté de l'épanchement, la pleurésie droite expose peut-être plus encore à la mort subite que la pleurésie gauche.

Pour apprécier la quantité de l'épanchement, ou plutôt pour reconnaître qu'il a atteint au moins 1,800 grammes, les trois signes dont je tire parti sont : 1° la nature de la matité ; 2° la disparition des vibrations thoraciques ; 3° le déplacement des organes.

La percussion doit être faite doucement et légèrement pour apprécier les moindres nuances de matité et de submatité.

Les vibrations thoraciques doivent, elles aussi, être recherchées, le malade comptant doucement à voix presque basse. S'il crie fort, les vibrations se transmettent malgré l'épanchement.

La déviation du cœur se fait facilement, même avec des épanchements gauches peu abondants. Le foie est, au contraire, beaucoup plus fixe. Il ne s'abaisse que dans les grands épanchements.

A droite, le problème clinique est relativement facile. Quand le foie est abaissé, déborde les fausses côtes, la quantité de liquide avoisine deux litres. La ponction s'impose.

A gauche, quand cette quantité de liquide est à peu près atteinte, la matité et l'absence de vi-

(1) Académie de médecine.

---

si vive sollicitude, aura, plus que jamais, le droit d'être placé au premier rang, parmi les plus difficiles.

Ma conviction, toutefois, est que les difficultés dont il s'agit ne seraient pas aussi insurmontables, si tous ceux qui ont en mains les pouvoirs et les intérêts publics étaient animés de sentiments semblables aux vôtres.

Je veux parler, Monsieur le Préfet, de ceux que vous avez bien voulu m'exprimer ces temps derniers, vous savez à quelle occasion, et qui me sont venus par une voie réflexe, il est vrai, mais que vous n'aurez pas de peine à deviner.

Combien je suis heureux, aujourd'hui, Monsieur le Préfet, de pouvoir profiter de l'occasion qui m'est offerte pour vous adresser les témoignages de ma reconnaissance la plus sincère, et en même temps mes plus vifs regrets causés par l'obligation de prendre ma retraite alors que je ne demanderais pas mieux que de rester, longtemps encore, le plus dévoué de vos collaborateurs.

Cette retraite, toutefois, ce n'est point pour cette année que je la réclame, je craindrais trop de vous causer de l'embarras, mais bien pour l'année prochaine — irrévocablement — si vous le voulez bien.

Mes forces, désormais, n'étant plus au niveau de ma bonne volonté, il doit m'être permis de reculer devant des fatigues qui, bientôt, ne seront plus supportables.

Vous serez de mon avis, Monsieur le Préfet, lorsque vous saurez que je vous parle ainsi au sortir d'une cérémonie plus touchante que joyeuse, qui avait pour but la célébration, pour moi, — d'un second *baptême* — celui de mes 80 ans !...

N'en déplaise à ceux qui prétendent qu'il ne devrait pas être permis de songer aux joies d'un nouveau baptême, alors que l'on est si près des tristesses de l'*extrême-onction* !

Sans doute ! et c'est pour cela que mes amis m'ont fêté sans tambours ni trompettes, c'est-à-dire sans dragées et sans carillon, mais non sans quelques flacons de ces vins généreux, que nos hygiénistes les mieux avisés considèrent comme *lait* le plus salutaire, que l'on puisse offrir aux petits poupons de 80 ans, — au risque de les mettre en ribote !...

C'est peut-être bien ce qui m'est arrivé, et je vous assure, Monsieur le Préfet, que je vous en

brations thoraciques remontent en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate ; en avant, la tonalité normale de la région claviculaire, ou la tonalité élevée du skodisme sont remplacées par de la submatité. Le maximum du bruit systolique cardiaque est entendu sur le bord droit du sternum.

Les accidents observés après la thoracentèse, congestion et œdème pulmonaire, expectoration albumineuse, asphyxie brusque ou lente, syncope, ne sont pas le fait, quoi qu'on en ait dit, de l'aspiration. Sur 16 cas d'expectoration albumineuse, la ponction avait été faite douze fois avec le trocart à baudruche sans aspiration.

Assez fréquemment, ces accidents dépendent de quelque affection cardiaque concomitante, lésion mitrale, lésion aortique, hypertrophie. Mais, même en ce cas, ils résultent presque toujours de ce que le liquide a été, en une seule séance, enlevé trop rapidement et en trop grande quantité.

Pour les éviter, deux précautions suffiront : 1° faire usage d'une aiguille ou d'un trocart de très fin calibre ; 2° limiter à un litre la quantité retirée en une seule séance. Au besoin, on ferait, le lendemain, une nouvelle ponction d'un litre, si le liquide se reproduit.

M. *Verneuil* ne doute pas que les précautions recommandées par M. Dieulafoy, en diminuant la violence de l'aspiration, ne soient très capables de contribuer à rendre la transformation purulente beaucoup plus rare. De plus, le malade tousse et étouffe quand on retire trop de liquide.

M. *Hardy* persiste à croire que la thoracentèse doit rester une opération d'exception. Il ne l'a employée que très rarement et n'en a pas moins obtenu des résultats très favorables, dans la grande majorité des pleurésies qu'il a soignées. L'aggravation actuelle des pleurésies s'explique peut-être mieux par l'abandon du traitement ancien, vésicatoires, saignée, ventouses, que par un changement de la constitution médicale.

M. *Dieulafoy* objecte que les pleurésies graves observées actuellement sont des pleurésies bâtardes, graves d'emblée en dehors de toute ponction.

M. Constantin *Paul* a adopté pour règle de ne jamais ponctionner avant le vingtième jour et obtient de bons résultats.

M. *Proust* ne ponctionne pas pendant la période fébrile, c'est-à-dire en moyenne avant le quinzième jour. Il retire tout le liquide et cependant, en employant des instruments rigoureusement aseptiques, il évite la transformation purulente.

Abcès séreux (1).

Cette question de pathologie générale, qui avait été longtemps contestée, dit M. Nicaise parait aujourd'hui admise. Assez fréquemment, en effet, l'on voit sortir un liquide séreux par une incision, tandis que l'on attendait du pus blanc.

Les collections séreuses d'origine inflammatoire, en dehors de celles qui se font dans des cavités préexistantes, peuvent être aiguës ou chroniques et siéger dans le tissu cellulaire, en dehors du périoste ou au-dessous de lui, ou encore autour de certains organes, comme la vessie. A ces collections séreuses d'origine inflammatoire, se rattachent les épanchements de sérosité de Morel-Lavallée, les abcès séreux de la périostite dite albumineuse et les abcès tuberculeux à liquide séreux.

Dans certains cas l'exsudat peut rester séreux sans devenir purulent, et former une collection dans le tissu cellulaire. L'abcès de la périostite albumineuse rentre dans cette catégorie de faits, et la lésion mérite le nom d'ostéo-périostite séreuse. Les épanchements traumatiques de sérosité de Morel-Lavallée sont encore du même ordre, c'est un fait admis aujourd'hui.

Les abcès séreux peuvent se présenter sous une forme chronique ; ils accompagnent généralement les tumeurs blanches et les ostéites tuberculeuses ; ils ont été observés par tous. Leur processus diffère complètement de celui des abcès aigus, il se rattache à celui des abcès froids. Dans ces abcès chroniques, le liquide séreux se forme d'emblée le plus souvent. Des auteurs admettent qu'il y a là une transformation d'un abcès froid

(1) Académie de médecine.

---

conterais de belles, s'il pouvait m'être permis de donner un libre cours à mon franc-parler.

Par exemple ceci :

C'est que la médecine gratuite de nos jours, telle qu'elle est organisée à l'heure actuelle, est un gros mensonge, bien digne de celui qui nous avait dit : L'empire, c'est la paix !

Vous savez, Monsieur le Préfet, que c'est Sa Majesté Napoléon III, de si douloureuse mémoire, qui est l'auteur de cette incomparable hypocrisie.

Hélas ! et je crains bien quelque chose d'analogue quant au résultat de la loi nouvelle qu'on nous fait espérer, malgré le loyalisme et le dévouement si noble de ceux qui la préparent, si nous ne parvenons pas à donner pour base à notre édifice, la reconnaissance à tout jamais irrévocable du plus sacré de tous les droits, le *droit à l'assistance* suivi de son frère tout aussi légitime et tout aussi indispensable, le *droit au travail*...

Et c'est alors, Monsieur le Préfet, que le plus important chapitre du problème social aura reçu la solution que nous lui devons, la seule que nous puissions lui donner. Il le faudra bien et il sera grand temps.

Pourquoi pas ? puisque nous avons un père tout-puissant : l'*Etat* !

C'est-à-dire celui qui, ces temps derniers, a fait sortir de terre, comme par enchantement, sur le bord de nos chemins, ces *villas scolaires*, ces *écoles de hameaux* que le médecin de campagne est heureux de saluer en passant, tout en rêvant pour lui, c'est-à-dire pour ses chers malades, certains autres édifices, que notre excellent père nous accordera bien, à notre tour, nous n'en devons pas douter, le jour où, à la place de ce dogme hideux de l'ancien régime : le *droit d'aînesse* — tout à l'un, rien à l'autre — il aura pour appui, ce dogme bien autrement sacré de notre temps : *Le droit à l'assistance*.

Espérons ! et afin que l'on veuille bien me pardonner ma *ribote*, permettez-moi, Monsieur le Préfet, de faire mon profit de ce vieil adage de nos bons aïeux : *In vino veritas* !

Veuillez agréer...

Dr Bonnain,

Membre du Concours médical,
Vice-Président de l'Association médicale des Deux-Sèvres.

ordinaire ; on ne peut nier ce fait ; mais l'abcès séreux d'emblée existe.

La cause prochaine de ces abcès séreux aigus ou chroniques n'est pas encore élucidée, c'est là une question de bactériologie encore à l'étude.

Mutisme hystérique.

M. *Troisier* a présenté à la Société des hôpitaux un malade atteint de mutisme hystérique répondant parfaitement à la description de Charcot. Ce malade n'est pas agraphique, et il n'est atteint ni de cécité verbale, ni de surdité verbale ; son intelligence est conservée. A son entrée à l'hôpital, il présentait une parésie du côté droit, avec hémianesthésie de la peau et des muqueuses, rétrécissement du champ visuel, diminution de la vue, de l'ouïe, du goût et de l'odorat. Ces stigmates ont disparu.

Ce malade a fait des excès alcooliques ; son mutisme se produisit brusquement, il y a quinze jours, à la suite d'une ivresse. L'an dernier, il fut enfermé à Sainte-Anne pour des hallucinations avec idées délirantes.

M. *Raymond* a examiné ce malade avec M. Troisier. Ce qu'il y a de remarquable dans son histoire, c'est que chaque manifestation de l'hystérie semble être liée à un excès alcoolique. Il sera donc intéressant de chercher à établir quelle part revient à l'intoxication alcoolique dans la genèse de l'hystérie chez lui.

Rapports de la syphilis et de la paralysie générale.

Voici les conclusions d'une clinique faite à Lariboisière par M. *Raymond*.

Il est contraire aux données de l'observation clinique de prétendre que toutes les paralysies générales relèvent de la syphilis.

Il est tout aussi contraire à ces mêmes données de prétendre que la syphilis, à déterminations cérébrales, ne peut pas engendrer la paralysie générale. La syphilis, agissant sans doute à l'instar de l'alcool, par l'intermédiaire des toxines sécrétées par les bactéries pathogènes, peut engendrer la paralysie générale vraie. Quant à savoir avec quel degré de fréquence la syphilis intervient dans l'étiologie de cette paralysie générale vraie, les observations de l'avenir, recueillies sans parti pris, avec beaucoup de soin et complétées par des procès-verbaux d'autopsies pourront seules nous renseigner sur ce point, comme aussi elles nous renseigneront sur les conditions spéciales de terrain, qui favorisent l'éclosion de la paralysie générale sous l'influence des toxines syphilitiques.

Troisième conclusion : Les lésions syphilitiques communes de l'encéphale peuvent donner lieu à un ensemble de symptômes qui simulent, à s'y méprendre, le tableau de la paralysie générale vraie ; dans ces cas, de l'aveu des aliénistes les plus compétents, une longue observation des malades et l'institution du traitement spécifique, pendant un temps suffisamment long, permettront seules de faire le diagnostic.

Cette troisième conclusion doit dicter la ligne de conduite dans les cas où on se trouve en présence d'un paralytique général, chez lequel on a des raisons de soupçonner une infection syphilitique antécédente.

Il en sera de même dans les cas de paralysie générale développée sous l'influence de la syphilis héréditaire chez des sujets jeunes, ainsi qu'on en connaît un certain nombre d'exemples.

Quatrième et dernière conclusion : La paralysie générale syphilitique, a une marche beaucoup plus lente que la paralysie générale ordinaire, mais elle a une moindre tendance que celle-ci aux rémissions.

En somme, l'étiologie de la paralysie générale n'est pas univoque, puisque nous connaissons deux circonstances étiologiques, au moins, l'alcoolisme chronique et la syphilis, qui peuvent engendrer cette maladie.

Reste toujours la question de savoir si la paralysie générale développée sous l'influence de l'alcoolisme ou de la syphilis est la même maladie que la paralysie générale ordinaire, qui se développe sans l'intervention de ces causes, ou s'il s'agit de variétés distinctes, si l'espèce nosologique, que l'on désigne sous le nom de paralysie générale, comprend autant de formes cliniques que l'on connaît d'influences étiologiques susceptibles d'engendrer les accidents qui caractérisent cette espèce ?

Falret a eu raison de dire que l'histoire de la paralysie générale est à reprendre à la lumière des acquisitions nouvelles.

Des tentatives dans cette voie ont déjà été faites par plusieurs auteurs, entre autres par M. Charpentier, médecin de Bicêtre. Dans un travail sur les paralysies générales par intoxication, ce médecin distingué admet, à côté de la paralysie générale par congestion, propre aux folies congestives — qui se terminent par la démence paralytique — des paralysies générales par intoxication — correspondant aux pseudoparalysies générales alcoolique, syphilitique, saturnine, pellagreuse — et il propose d'y joindre les paralysies générales dues à la goutte, au diabète, à l'arthritisme, à la suralimentation, au tabagisme.

Dans ces différentes formes, l'enchaînement du processus pathologique serait le suivant : l'intoxication de la cellule cérébrale serait l'élément primordial, qui entraîne la prolifération interstitielle à laquelle serait due la congestion.

En somme, cette question de nosologie est posée, elle n'est pas encore résolue, et elle attend sa solution des recherches de l'avenir. Mais dès aujourd'hui, on doit enregistrer un fait : les toxines de la syphilis ont pris place dans le groupe des agents toxiques susceptibles d'engendrer la paralysie générale, et l'on peut se demander si les paralysies générales vraies, observées par M. Fournier, chez des syphilitiques, et rangées par lui dans une catégorie à part, n'étaient pas des paralysies générales dues à cette cause.

A propos du pouls capillaire sous-unguéal.

On a prétendu, dit M. *Azoulay*, que le pouls capillaire sous-unguéal caractérisé par les variations de coloration de l'ongle, était spécial à l'insuffisance aortique ; or, les recherches faites à l'aide d'un nouveau procédé, qui permet de rendre manifeste et facile à constater ce pouls capillaire lorsqu'il existe, prouvent qu'il n'en est pas ainsi et qu'on peut rencontrer également ce pouls dans d'autres circonstances.

Toutefois, pour trouver ce pouls dans les cas où il est très faible, et alors qu'il pourrait passer inaperçu à un examen superficiel, il importe de le rechercher en prenant la précaution suivante :

On place le bras horizontalement et on appuie légèrement sur le bord libre de l'ongle, puis on appuie pendant quelque temps sur l'artère humérale, ou simplement sur la radiale, afin de diminuer momentanément l'afflux du sang aux extrémités digitales. Puis ensuite on cesse brusquement la compression. L'arrivée brusque de sang artériel, qui est la conséquence de cette manœuvre, détermine sur l'ongle, dans quelques autres maladies que l'insuffisance, la chlorose, par exemple, plusieurs oscillations brusques de la coloration. L'ongle pâlit et rougit alternativement d'une façon plus intense et sur une plus grande surface qu'à l'ordinaire.

Bactériologie de la grippe.

MM. *Teissier*, *G. Roux* et *Pittion*, dès le mois de mars 1890, ont signalé, dans le sang et les urines d'un certain nombre de malades affectés de grippe, l'existence d'un micro-organisme nouveau et dont l'injection par voie intra-veineuse déterminait presque constamment chez le lapin une affection ayant avec la grippe humaine certaines analogies.

Depuis lors, ils ont retrouvé le même micro-organisme à différentes reprises et réalisé un grand nombre d'expériences dont les résultats les plus importants sont les suivants : Lorsque les urines ou le sang des animaux inoculés a été trouvé fertile, ils ont rencontré constamment, comme micro-organisme, la forme *diplobacillaire* dans l'urine et, dans le sang, plus souvent la forme *streptobacillaire* en chaînettes courtes ; quelquefois, et surtout quand la mort arrivait à une époque plus rapprochée de l'inoculation, ils ont trouvé, à côté d'elle, les éléments groupés en diplobacilles.

L'avenir montrera quelle part on peut faire à cet élément dans l'étiologie de la grippe ; mais les observateurs précités affirment dès aujourd'hui, que cet organisme, dont le polymorphisme rendrait très facilement compte de divergences si nombreuses qui ont divisé les bactériologistes, lors des premières recherches sur la pathogénie de la grippe, n'a jusqu'ici été retrouvé que dans la grippe, et, qu'en tout cas, ses propriétés si remarquables de donner naissance à des spores dans les cultures sur pommes de terre, comme ses effets pathogènes indiscutables sur le lapin, réalisent un ensemble de caractères non encore décrits.

La vaccination du chien contre la tuberculose (1).

MM. *Ch. Richet* et *J. Héricourt* rappellent que plusieurs physiologistes ont déjà tenté de vacciner contre la tuberculose par des inoculations de bacilles tuberculeux de virulence atténuée. On a pensé aussi à une sorte d'antagonisme entre les bacilles tuberculeux aviaires et les bacilles tuberculeux humains ; mais les expériences, faites sur des cobayes et sur des lapins, ont été contradictoires et n'ont pas donné de résultats définitifs. Expérimentant sur des singes, MM. Richet et Héricourt n'ont pas pu protéger ces animaux contre la tuberculose humaine par une inoculation aviaire préalable, et, s'ils ont quelque peu retardé l'évolution de la tuberculose humaine, ils n'ont malheureusement pas pu l'enrayer : les deux singes vaccinés avec du bacille aviaire, inoffensif pour eux, étaient finalement morts tuberculeux quand on leur avait injecté de la tuberculose humaine.

Par contre, à la suite d'inoculations préalables de bacillose aviaire, à laquelle les chiens sont à peu près réfractaires, MM. Richet et Héricourt sont parvenus à prévenir complètement cet animal contre la bacillose humaine, à laquelle, au contraire, il est très sensible.

D'autre part, à la suite de nouvelles expériences ils ont constaté que la tuberculose aviaire pouvait, dans certaines conditions, vacciner également le chien contre elle-même.

Ainsi, d'après ces observateurs, on peut espérer trouver, dans les bacilles tuberculeux, des variétés amenant la vaccination et que probablement, chez plusieurs mammifères, le bacille aviaire, qui est à peu près inoffensif, peut, par son évolution, produire un état de vaccination contre le bacille tuberculeux humain.

(1) Académie des Sciences.

CHIRURGIE PRATIQUE

Diagnostic, pronostic et traitement des tumeurs du sein.

Les tumeurs du sein ont fait, en ces derniers temps, l'objet de différents travaux qui ont jeté sur la question un jour nouveau. L'anatomie pathologique, dont les acquisitions avaient semblé d'abord embrouiller la classification des tumeurs par le désaccord apparent de ses données avec celles de la clinique, est maintenant mieux établie et l'on peut aujourd'hui, ainsi que l'a montré M. le Dr Delbet, dans le Nouveau Traité de chirurgie de MM. Duplay et Reclus, anatomiquement et cliniquement diviser en trois groupes les tumeurs du sein : les *tumeurs bénignes*, les *tumeurs malignes* — les cancers — et entre les deux une variété qui se rapproche bien plus des premières que des secondes, les *sarcomes*.

Lorsqu'une femme vient consulter le médecin pour une tumeur du sein, il faut déterminer s'il y a réellement une tumeur, si cette tumeur est solide ou liquide, enfin dans quelle catégorie il la faudra ranger. De la solution de cet ordre de questions dépendent le pronostic et le traitement.

Fréquemment, les femmes, à la suite de traumatismes des seins, parfois à l'occasion de douleurs dans cette région, croient à la présence d'une tumeur du sein, et en effet, en saisissant entre les doigts, dans son diamètre vertical ou transversal, la mamelle, même tout à fait saine, on aura la sensation d'une tumeur plus ou moins volumineuse. Celle-ci disparaît en pratiquant l'examen classique, c'est-à-dire en pressant la glande à plat et en l'appliquant contre le thorax.

En présence d'une tumeur, il est facile, en général, de déterminer si elle est solide ou liquide, par l'absence ou la présence de fluctuation. Dans certains cas, des kystes se développent au milieu de sarcomes ; il suffit de penser à cette éventualité. Parfois aussi, le cancer encéphaloïde peut présenter un certain degré de fluctuation ; enfin des cavités kystiques peuvent exister au milieu de noyaux de mammite chronique ; en cas de doute, du reste, la ponction exploratrice jugera.

Tumeurs malignes.

Les tumeurs solides sont beaucoup plus fréquentes que les tumeurs liquides, et parmi les pre-

mières le cancer occupe une place prépondérante, puisque, d'après toutes les statistiques, la proportion des cancers est de 82 à 84 pour 100.

La palpation minutieuse du sein donne des renseignements de grande valeur sur la nature maligne de la tumeur. Dès son début, en effet, celle-ci fait corps avec la glande, en suit les mouvements ; ses limites sont diffuses ; elle envoie dans la mamelle des prolongements plus ou moins développés. Saisie entre les doigts, on sent qu'elle est incorporée dans la glande.

Si on l'observe à un stade plus avancé de son évolution, le mamelon est rétracté, comme attiré par le néoplasme, si ce dernier siège vers le centre de la mamelle ; il ne faut pas confondre la rétraction avec l'effacement par la distension d'une grosse tumeur bénigne.

On peut constater l'adhérence à la peau ; si à une certaine distance au-dessus et au-dessous de la tumeur, on saisit la peau entre le pouce et l'index, en rapprochant les doigts de façon à former un pli, on voit, vers la partie culminante de la tumeur, la peau rester déprimée en se fronçant. Il semble, comme disent les classiques, que le sein soit *capitonné*, la peau présente l'aspect de peau d'orange. Il peut à ce moment se produire un écoulement sanguin par le mamelon, ce qui n'a du reste qu'une valeur diagnostique secondaire. Adhérente d'abord à la peau, la tumeur le devient bientôt aux parties profondes ; adhérence facile à constater en immobilisant le grand pectoral. On obtient cette immobilisation en priant la malade d'appuyer fortement la main sur un objet fixe.

Une dernière exploration consiste à rechercher l'état du système lymphatique. Portant les doigts à plat sur les côtes au niveau du creux de l'aisselle, on trouvera, s'ils existent, des ganglions au niveau de la paroi interne de l'aisselle, reposant sur le grand dentelé dans la rainure qui forme avec ce muscle le bord inférieur du grand pectoral. Les creux sus et sous-claviculaires seront également examinés.

Tels sont les signes physiques que présente le cancer type non ulcéré dans les premiers stades de son évolution. Ce sont les plus importants, car les douleurs peuvent faire défaut, l'état général n'être point troublé, et cependant ce sera le moment propice d'intervenir utilement. Avant de proposer l'intervention, il faut penser aux erreurs de diagnostic que l'on peut commettre, confondant une inflammation chronique avec le cancer à cette période. Les mastites chroniques reconnaissent comme causes la lactation et les traumatismes, sont douloureuses à la pression, donnent naissance à une grosse poussée ganglionnaire, se développent surtout dans les deux seins, oscillent dans leur volume.

Telle n'est point la façon d'être des néoplasmes ; toutefois, il est des cas dans lesquels on hésite d'une façon telle que l'on pourra faire une ponction exploratrice, ou, au lieu de cerner la tumeur mammaire dans l'incision elliptique de l'amputation, donner le premier coup de bistouri sur la tumeur.

Le cancer non ulcéré diagnostiqué, quelles seront les indications opératoires : la possibilité d'enlever toutes les parties atteintes. La condition absolue sera d'avoir affaire à un néoplasme circonscrit.

On s'abstiendra donc dans les formes cliniques que l'on a décrites sous les noms de *squirrhes pustuleux ou disséminés*, de *squirrhes en cuirasse* dont les noms indiquent suffisamment la généralisation. Telle encore la forme observée chez les femmes âgées, le *squirrhe atrophique* dont l'évolution est si lente qu'il n'est pas rare de voir les malades qui en sont atteintes succomber à une affection intercurrente.

L'intervention décidée sera complète : On enlèvera, s'il est nécessaire, l'aponévrose du grand pectoral, une couche continue de la surface de ce muscle, on le réséquera, si les circonstances le commandent ; il ne faudra pas craindre même de raser la paroi thoracique jusqu'aux côtes et aux cartilages ; la peau sera largement sacrifiée et le curage de l'aisselle fait aussi complètement que possible. Telle est la règle aujourd'hui ; les statistiques le prouvent. Sur 40 opérées depuis plus de trois ans, d'après une statistique citée par M. Delbet dans son article, le chiffre des guérisons durables s'élève à 32,3 pour 100 ; aussi a-t-il pu écrire : « A l'heure actuelle, il est antiscientifique de mettre en doute la possibilité de guérir chirurgicalement le cancer du sein. On n'a plus le droit de dire ce que cependant on répète souvent : « Les cancers on les opère, mais on ne les guérit pas ». La doctrine consolante de la curabilité opératoire du cancer du sein est établie sur des bases scientifiques indiscutables.

Opération. — Quand le diagnostic est bien posé, l'opération devient une opération réglée. Un bon bistouri, des pinces à disséquer, des pinces hémostatiques en grand nombre, des écarteurs, des aiguilles, sont les instruments nécessaires. La malade, chloroformisée, lavée et brossée, on commence par enlever le sein ; le premier temps doit être rapidement exécuté ; on cerne la glande par deux incisions curvilignes en commençant par l'inférieure ; on pénètre rapidement jusqu'au grand pectoral ; on détache la tumeur de haut en bas en la faisant basculer ; puis on fait l'hémostase aussi complètement que possible. Alors commence la recherche des prolongements de la tumeur et l'ablation des ganglions de l'aisselle. Prolongeant l'incision externe jusque dans l'aisselle, on va à la recherche du paquet vasculo-nerveux, qui sert de point de repère et que l'on n'intéressera que dans le cas d'absolue nécessité, le cas exceptionnel, par exemple, où les ganglions sont très adhérents à la veine ; alors seulement, on réséquera le segment veineux entre deux ligatures.

Pour procéder méthodiquement, il suffit de se rappeler la topographie des ganglions. Un groupe superficiel antérieur est logé suivant le bord inférieur du grand pectoral ; un groupe superficiel postérieur longe le bord du grand dorsal ; un groupe profond suit le paquet vasculo-nerveux de l'aisselle et remonte au triangle clavi-pectoral. Après une dissection laborieuse, le creux axillaire est largement béant, bâillant et vidé. On enlève avec soin, par l'irrigation, tous les caillots après hémostase parfaite. Alors on peut supprimer le drainage. Quelques points de suture profonds comprenant les tissus sous-jacents à la peau, faits à la grosse soie plate, permettront un accolement rapide de cette vaste surface cruentée. Si la peau a été largement sacrifiée, on pourra faire sur ces premiers points de suture des tractions violentes pour permettre la réunion des lèvres de la plaie. Puis on fermera par une série de points de suture superficiels, au crin de Flo-

rence. Un pansement iodoformé ouaté immobilisant le bras correspondant au sein opéré, assure l'antisepsie et comprime la région par des plaques d'ouate bien disposées.

Ce pansement n'est renouvelé que le neuvième jour. On enlève les sutures qui paraissent inutiles, on peut alors mobiliser le bras ; la réunion est généralement complète, sans qu'il y ait eu un seul jour une élévation de température. Quelques accidents peuvent survenir. Certaines malades supportent avec peine l'immobilisation du bras, et font effort pour le dégager du pansement ; d'où des décollements partiels. De plus, chez certaines femmes à peau très irritable, on voit survenir, sous l'influence de l'iodoforme, un érythème violent de toute la peau de la région avec des vésicules et des pustules ; parfois il se produit une véritable vésication. Cette complication amène une notable élévation de la température, des démangeaisons très pénibles, de l'agitation et des sueurs profuses ; il sera bon dans ce cas d'enduire les bords de la plaie et une certaine étendue de la région de vaseline aseptique.

Grâce à des opérations complètes, on peut reculer les récidives et avoir des survies relativement longues. Dans une série de 48 opérations pratiquées en 10 ans pour cancer, M. Terrillon a observé une malade qui a survécu sept ans ; 2 ont survécu six ans ; 2 ont survécu cinq ans ; 4 ont survécu quatre ans ; 5 ont survécu trois ans ; 11 ont survécu deux ans ; 12 ont survécu un an et demi ; 8 ont survécu moins d'un an.

Après les opérations pour cancer du sein, il importe encore de surveiller les récidives qui se font plus particulièrement au niveau de la cicatrice, généralement vers les angles, quelquefois dans son milieu. D'autres fois il se produit des récidives à distance dans la peau, le tissu cellulaire sous-cutané ou les ganglions : le chirurgien doit les poursuivre et réunir par première intention toutes les fois qu'il est possible. On supprime ainsi la douleur ; l'affaiblissement dû à l'écoulement est arrêté, l'odeur désagréable dû à ce même écoulement disparaît ; une survie infiniment probable est obtenue en diminuant la tendance à la cachexie et en relevant notablement l'état général.

Pour les cancers ulcérés pour lesquels les malades se sont soumises trop tard à l'examen, ou pour lesquels elles ont refusé systématiquement toute opération au moment favorable, une médication palliative sera mise en œuvre.

Des soins de propreté, des pansements aseptiques souvent renouvelés constitueront les seules ressources. Sur les instances de la malade, on pourra faire des opérations partielles dans un but purement moral, mais ce sont là des cas qu'on ne peut grouper pour donner des règles générales.

Tumeurs bénignes.

Moins nombreuses et moins importantes sont les tumeurs bénignes, puisqu'elles n'entrent que dans la proportion de 14 à 16 pour 100 dans les tumeurs solides du sein. Ce sont les tumeurs autrefois connues sous le nom de tumeurs adénoïdes, et que l'on décrit aujourd'hui sous le nom d'adéno-fibromes. Ordinairement superficielles, ces tumeurs mobiles, mobiles sur la peau, mobiles sur les parties profondes, du volume d'une noisette, d'une noix, d'une orange, de forme régulière dans leur ensemble, présentant parfois de petites saillies de consistance ferme, ces tumeurs sont indolentes. Le mamelon est parfois étalé, mais non rétracté ; il est quelquefois le siège d'un écoulement séreux, muqueux, sans valeur diagnostique ; lorsque cet écoulement est sanguin, il dénote une tumeur en voie de transformation épithéliale ; les ganglions ne sont pas envahis. L'évolution est lente, à moins qu'il ne s'y développe des kystes. Comme le cancer, l'adéno-fibrome peut s'ulcérer, mais dans ce dernier cas la peau est amincie, décollée ; elle a cédé, mais n'est pas adhérente ; elle n'a pas été envahie comme on l'observe dans le cancer ; le diagnostic avec le cancer repose sur la mobilité de l'adéno-fibrome. Ces tumeurs au début peuvent être confondues, lorsqu'elles sont multiples, avec des noyaux de mammites chroniques ; lorsqu'on aura éliminé le cancer, le traitement par la compression jugera la question. Lorsque l'on aura acquis la conviction qu'il s'agit d'une tumeur bénigne, on l'enlèvera en dépassant largement les limites pour éviter les récidives.

A côté des adéno-fibromes existe la variété des *adéno-sarcomes*. D'abord impossible à distinguer, au point de vue clinique, de l'adéno-fibrome, parce qu'au début elle présente les mêmes caractères que ce dernier, cette tumeur, par son évolution, constitue à un moment donné un type clinique particulier. Régulière quand elle ne contient pas de kystes, ce qui est rare, elle est le plus souvent bosselée, mamelonnée et acquiert des dimensions considérables. La consistance varie suivant le nombre et le volume des kystes dont elle est formée. Sa marche est très irrégulière et se fait par à-coups ; toutefois, tôt au tard, elle devient rapide et là encore se font des ulcérations par distension ; grâce à une prolifération cellulaire très active, la tumeur se diffuse, pénètre en arrière à travers la paroi thoracique jusqu'à la plèvre. Souvent les mamelons saillants dont la plaie bourgeonnante est couverte saignent abondamment ; il s'établit une sécrétion sanieuse et la santé générale, longtemps intacte, finit par s'ébranler. Pendant toute l'évolution les ganglions peuvent rester intacts. Dans quelques cas, avant les ulcérations, les sarcomes déterminent de la fièvre.

L'adéno-sarcome au début est impossible à différencier de l'adéno-fibrome ; quand il a acquis un gros volume, ce diagnostic est facile, car seul il donne naissance à ces énormes tumeurs qui atteignent le volume d'une tête de fœtus sans ulcérer la peau. Après ulcération, les bords décollés, l'absence d'adhérences à la peau montrent vite qu'il ne s'agit pas d'un cancer.

En présence d'un sarcome non ulcéré, il faut se résoudre à enlever toute la mamelle. Le curage de l'aisselle sera rarement indiqué, parce que rarement ces ganglions sont engorgés ; toutefois, en présence d'une tuméfaction des ganglions axillaires, il ne faudrait pas hésiter à les enlever. Dans le cas de récidive locale, il faut poursuivre le mal, comme dans le cancer. Ne s'abstenir qu'en cas de généralisation.

Lorsque le sarcome est ulcéré, il faut prodiguer à la malade des soins analogues à ceux dont nous avons parlé à propos des cancers ulcérés : topiques variés suivant les indications. Notons seulement qu'ici c'est contre l'hémorrhagie qu'il faudra fréquemment lutter.

L'étude des tumeurs solides du sein se résume

donc dans ces trois formes avec les variétés que nous avons signalées: 1° tumeurs malignes, cancer; 2° tumeurs bénignes, adéno-fibrome ; 3° adéno-sarcomes.

Mais on ne devra jamais perdre de vue à l'examen d'un sein certaines formes de *mammite chronique* qui peuvent en imposer pour chacun des groupes de tumeurs. Cette mammite chronique détermine dans la glande des bosselures correspondant aux lobules glandulaires et qui présentent une dureté, une résistance tout à fait remarquable. Ces scléroses péri-acineuses persistent un temps fort considérable ; on les voit même chez des femmes qui n'ont pas nourri. Comme elles se rencontrent surtout chez des femmes d'un certain âge et qu'elles peuvent s'accompagner d'élancements douloureux, elles sont souvent prises par ces malades ou même par les médecins pour des tumeurs du sein. La compression et l'iodure de potassium les font souvent disparaître fort bien. Cette médication serait intempestive dans le cas de tumeurs malignes et ne saurait même, en cas de doute, être employée comme moyen d'attente ou comme pierre de touche.

Tumeurs liquides.

Dans les noyaux de mammite chronique peut exister du liquide ; alors on pourrait porter le diagnostic de maladie kystique des mamelles. Une affection singulière a été décrite par Reclus, il y a une dizaine d'années, sous ce nom et, parmi les tumeurs liquides du sein, elle est aujourd'hui la plus importante. La *maladie kystique* est caractérisée, d'après Reclus, par l'envahissement des deux mamelles et dans chaque mamelle par la présence de kystes en nombre souvent considérable, occupant la glande entière. A l'examen on trouve que la mamelle n'est pas déformée dans son ensemble ; quelquefois un des seins est plus volumineux que celui du côté opposé. A la palpation, on sent une tumeur du volume d'une noix, d'un petit œuf, d'une orange au plus. Cette tumeur est arrondie, très dure, difficilement isolable du tissu mammaire. Très souvent il n'y a aucune trace de fluctuation. Au pourtour de la tumeur principale, et dans tout le reste de la glande on sent « de petites nodosités qui rappellent les lobules mammaires injectés de matière solide,.... La mamelle semble criblée de grains de plomb » ou encore donne la sensation de ces pièges à oiseaux faits d'une planche engluée et couverte de grains de mil. Si l'on examine la mamelle opposée, on y trouve, non pas une grosse tumeur, mais le même granulé. Tous les autres signes sont négatifs. La peau est normale, la glande ne présente pas d'adhérences profondes, les ganglions ne sont pas habituellement engorgés.

Si l'on vient à ponctionner ces kystes, on retire un liquide qui tantôt est jaune, presque transparent, tantôt visqueux, brunâtre, trouble, avec des reflets verts, tantôt une bouillie athéromateuse.

Ce syndrome clinique, observé depuis Reclus par de nombreux chirurgiens, a été diversement interprété ; d'abord considérée comme une tumeur maligne, la maladie kystique était par là même justiciable de l'intervention opératoire; depuis quelques années, certains cas ayant guéri après l'abstention, on devra se montrer plus circonspect et attendre l'évolution. Dans les cas où le diagnostic précis restera impossible, on serait peut-être autorisé, avance M. Delbet, à enlever la tumeur principale pour en faire l'examen histologique.

A part cette affection si intéressante qui a été l'objet de nombreuses discussions à la Société de chirurgie et dans plusieurs sociétés savantes, il peut exister dans le sein diverses autres tumeurs liquides. On peut observer, comme le signale M. Tillaux, des kystes simples, franchement fluctuants, sans partie solide autour de la poche, en connexion avec cet organe. Ces kystes seront évacués et ensuite on pratiquera l'extirpation de la poche.

A côté des kystes simples, mentionnons les kystes formés par accumulation du lait dans un lobule de la glande ou dans un conduit galactophore, les *galactocèles*. Ces tumeurs liquides acquièrent un volume plus considérable que les kystes simples, font plus de relief à la surface de la mamelle et présentent une fluctuation des plus évidentes, sans compter qu'elles se développent à une époque rapprochée d'un accouchement antérieur. La ponction lèverait les doutes s'il pouvait en exister. Le traitement consiste dans l'évacuation et la compression.

On voit se développer parfois encore dans la mamelle des abcès froids.

Enfin, comme tumeur liquide exceptionnelle, citons les *kystes hydatiques*, dont il a été, jusqu'en ces derniers temps, publié seulement vingt-quatre cas. Ici, en raison de l'extrême rareté de cette affection dans la mamelle, on n'y songera pas le plus souvent en présence d'une tumeur liquide, et ce sera la ponction qui fera faire le diagnostic.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Secret médical à propos des domestiques.

Une question de secret médical, souvent soulevée et bien embarrassante, est la suivante. Un domestique est adressé à un médecin avec une lettre cachetée dans laquelle son maître demande s'il est (le domestique) oui ou non atteint d'une maladie contagieuse. S'il en est indemne, la réponse est facile, mais s'il présente une maladie de cet ordre, que faire ? Parler sans l'assentiment du malade, c'est trahir le secret médical. Ne pas parler, c'est risquer d'exposer une famille à une contagion redoutable. Conseiller au domestique d'aller se faire soigner ailleurs, l'effrayer au besoin, le menacer de tout dire, cela peut encore ne pas réussir. Le dénoncer quand même est grave au point de vue purement déontologique, dangereux au point de vue des responsabilités légales.

Le moyen suivant nous paraît devoir tout concilier. Avertir le domestique en question qu'il est atteint d'une maladie contagieuse, lui remettre à lui-même, ouverte, après lui en avoir donné lecture, une lettre dans laquelle on déclare qu'il est atteint d'une maladie contagieuse (inutile de spécifier... même en cas de spécificité). Ceci fait, avertir le maître que son domestique a reçu la réponse par écrit et ouverte et que c'est à lui qu'il faut la demander.

S'il la remet il n'y a évidemment pas violation du secret professionnel ; s'il ne la remet pas, le maître comprend.

(Gazette des hôpitaux.)

Nous préférerions dire tout simplement au domestique qu'il doit de suite quitter la maison, jusqu'à parfaite guérison, et, si cela devient nécessaire, informer le maître que la présence du domestique chez lui est un danger, au risque d'aller devant les juges, ce qui n'arrive pas, ou peu. A. C.

Exercice illégal de la Pharmacie par une sage-femme.

La Cour d'appel de Paris, infirmant un jugement rendu précédemment par la dixième chambre du tribunal civil de la Seine, a jugé que :

Commet le délit d'exercice illégal de la pharmacie la sage-femme qui détient à son domicile divers produits pharmaceutiques, contenus dans des bocaux entamés et qui ne lui ont pas été délivrés en exécution de prescriptions médicales régulières.

En vain alléguerait-elle, pour expliquer la détention de ces substances, qu'elle les employait pour les soins réclamés par ses pensionnaires, la distribution et la vente de ces médicaments, dont le prix entrait évidemment dans la rémunération reçue par elle, étant contraires aux prescriptions de la loi et au droit privatif dont jouissent les pharmaciens régulièrement établis.

La sage-femme dont il s'agit a été, en conséquence, condamnée à 500 francs d'amende pour exercice illégal de la pharmacie ; à 200 francs de dommages-intérêts envers le pharmacien qui s'était porté partie civile ; enfin, aux dépens.

Ce jugement a été rendu sur appel interjeté par la Société de prévoyance et chambre syndicale des pharmaciens de la Seine.

BULLETIN DES SYNDICATS

Nous avons, dès le vote de l'article 14, remercié M. le Sénateur Trarieux de son heureuse intervention et lui disions que nous serions heureux de trouver une occasion de lui témoigner publiquement notre gratitude. Voici, la lettre que, de son côté, lui a écrit le *Président de l'Union des Syndicats.*

A Monsieur le Sénateur Trarieux.

Versailles, le 12 avril 1892.

Monsieur le Sénateur,

Dans la double discussion qui vient d'avoir lieu au Sénat sur l'exercice de la médecine, et notamment au sujet de l'article 14, il a été dit bien des choses inutiles ; il s'est même produit des arguments et des appréciations qui auraient été à leur place, tout autre part qu'à la tribune du Sénat. Ces appréciations auront un triste retentissement dans tout le corps médical français, et le médecin de campagne qui verra un sénateur se servir de citations de Molière pour légiférer sur l'exercice de la médecine, aura peut-être une pauvre opinion de lui-même, mais il ne saura en avoir une bien bonne des gens qui parlent, avec un pareil manque de convenances, de choses sérieuses.

En fin de compte, force est restée à la logique et au bon sens, et cela grâce aux hommes qui, comme vous, veulent bien considérer que la médecine, même pour le plus humble des médecins de campagne, est, non pas l'art de tuer *secundum artem*, mais bien l'art de guérir avec toutes les ressources de l'intelligence et le secours d'études laborieuses, pénibles et coûteuses.

Vous l'avez dit, Monsieur le Sénateur, avec le talent de parole qui est le vôtre, et avec le cœur d'un homme qui a su voir et juger.

Vous avez prononcé de réconfortantes paroles, dont l'écho sera entendu partout ; nous vous en saurons tous le plus grand gré, et moi je vous en remercie du fond du cœur.

Non, et vous l'avez bien dit, les médecins ne sont pas des exploiteurs ; si quelques rares privilégiés arrivent à de hautes situations et à de grandes fortunes ; ils sont une infime exception.

Et il ne faut avoir jamais vu le médecin de ville ou de campagne à son dur labeur pour pouvoir prétendre qu'il est un privilégié, et en conclure qu'il faut le mettre hors la loi commune.

Vos paroles auront heureusement effacé le trop pénible effet produit par quelques-uns de ceux qui vous avaient précédé à la tribune ; encore une fois je vous en remercie, et vous prie d'agréer, Monsieur le Sénateur, avec l'assurance de notre gratitude à tous, l'expression de mon respectueux dévouement,

Dr de Fourmestraux,
président de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Syndicat des médecins de la vallée de la Meuse.

Assemblée du 6 *mars* 1892.

Etaient présents :

MM. Carion, Chatelin, Chuquet, d'Hotel, de Charleville ; Duclau, Gignac, Hamaide, de Fumay ; Hamaide, de Rocroi ; Leroy, Maquart de Braux, Macquart d'Auvillers, Pillière, Pitoux, Prévost, Renson, Séjournet, Toussaint, Trévelot, Vassal.

Se sont excusés : MM. Benit, Beugnies, Bonnet, Collignon, de Fisson, d'Hotel, de Poix, Rousseau, Speckhahn.

Ne se sont pas excusés : MM. Am. Stein, Boyron, Desplous, Rigaulté.

Les deux nouveaux confrères, les docteurs Duclau, de Mohon et Vassal, de Mézières sont admis à l'unanimité.

Le Président, docteur Carion, ouvre la séance par un discours magistral, où il expose tous les travaux du syndicat depuis sa formation.

1° Elaboration des statuts et des tarifs d'honoraires que tous les membres du syndicat se sont engagés d'honneur à observer et auxquels nul ne peut se dérober sans faire œuvre de concurrence déloyale, digne non seulement d'un mauvais confrère, mais d'un malhonnête homme.

2° Campagne entreprise contre la Compagnie d'assurances accidents « le Secours » qui rejetait nos tarifs et qui a dû céder devant la parfaite discipline de tous les membres du syndicat et aussi, il faut l'ajouter, devant l'énergie de notre Président.

3° Efforts faits en vue d'obtenir la dénonciation de la Convention franco-belge de 1881, efforts que nous espérons voir bientôt couronnés de succès, grâce à l'intervention active du dévoué Président de l'Union des syndicats, docteur de Fourmestraux, auquel nous envoyons l'expression de notre gratitude et grâce aussi aux démarches répétées de notre sympathique vice-Président, docteur Hamaide, de Fumoy.

4° Succès obtenus par les confrères du Conseil

général lors de la discussion sur la suppression de l'officiat de santé, succès dû en grande partie à l'autorité du docteur Speckhahn, de Renwez, que nous remercions et félicitons vivement.

5° Succès encore des médecins de Charleville dans la réorganisation du bureau de bienfaisance de cette ville.

6° Avantages résultant pour un confrère, succédant à un autre confrère comme médecin de la douane, de l'intervention du syndicat qui lui a fait obtenir des honoraires doubles de ceux qui lui étaient offerts d'abord par l'administration.

7° Réponse du bureau du syndicat à un article d'un journal local où plusieurs de nos confrères étaient pris à partie pour s'être conformés à nos statuts taxés d'inhumanité par l'agresseur. Cette réponse a paru dans le n° 8 du *Concours* de cette année.

En terminant, notre Président a chaudement félicité, avec juste raison, tous les membres du syndicat de leur discipline, de leur bonne volonté et de la façon correcte dont les statuts ont été en général observés.

Ces bonnes dispositions promettent beaucoup pour l'avenir ; elles amélioreront le sort de tous et finiront par faire régner, parmi nous, la meilleure, la plus franche et la plus loyale confraternité.

Après le discours du Président, un confrère se plaint que la Compagnie d'assurances-accidents « Caisse générale des familles » refuse de lui payer le montant non exagéré de ses honoraires, règlement qui lui avait été promis par l'agent.

Un autre confrère accuse la Compagnie « Soleil, sécurité générale » d'accepter des certificats d'expertises signés de médecins belges pour des accidents survenus dans une usine française dont il est médecin et de ne pas se conformer à son égard aux tarifs et règlements de notre syndicat, lesquels ont été portés à la connaissance de toutes les Compagnies et contre lesquels n'a pas protesté le « Soleil, sécurité générale ».

A l'unanimité il est décidé que ces deux Compagnies seraient mises en demeure d'avoir à adhérer à nos tarifs et règlements dans les 15 jours et d'avoir l'une à désintéresser complètement notre confrère, l'autre à ne plus accepter de certificats signés de médecins belges.

Le Président expose ensuite un différend survenu entre deux confrères et l'administration des douanes :

L'administration des douanes n'ayant pu partager entre les deux confrères les plus rapprochés un poste de médecin de douane laissé vacant par le décès du titulaire, parce que la préfecture refusait de sanctionner la nomination de l'un d'eux comme réactionnaire militant, il a été décidé que ces deux confrères accepteraient provisoirement comme solution, la liberté laissée aux douaniers de se faire soigner par qui ils voudront, mais que, si l'administration de la douane s'adressait, selon sa menace, à un médecin belge et le faisait nommer au poste vacant, tous les médecins des douanes de la région cesseraient immédiatement leurs rapports avec elle.

Telle a été notre première réunion générale de cette année. *Elle a laissé à tous les membres présents la meilleure impression.*

Dr Renson,
Secrétaire de l'Association,

REPORTAGE MÉDICAL

Les médecins de Perpignan et le choléra. — Le tribunal civil de Perpignan vient de s'occuper de l'affaire des visites sanitaires, dont nous avons jadis entretenu nos lecteurs. Les docteurs perpignanais avaient intenté une action à la ville et au préfet, représentant de l'Etat, leur réclamant le payement des 12.000 francs dus. Les débats de cette affaire ont été fort longs. L'avocat des médecins a fait valoir que les visites avaient été commandées par le maire, en conformité de l'arrêté du ministre de l'intérieur et que le prix en avait été fixé après entente préalable. Il a demandé que la ville et l'Etat fussent condamnés à payer. L'avocat de la ville a plaidé que, les visites ayant été prescrites par le gouvernement pour préserver tout le territoire, il n'était pas juste de faire supporter la dépense à Perpignan, parce que cette ville se trouve sur la frontière et que, dès lors, l'Etat devait payer seul la somme réclamée par les docteurs. Le préfet a élevé un déclinatoire d'incompétence et réclamé le renvoi de l'affaire devant le Conseil de préfecture.

Le procureur de la République a soutenu le déclinatoire du préfet. Il a dit que l'Etat n'avait rien à payer, puisqu'il n'avait ni commandé les visites, ni désigné les médecins, ni débattu le prix des visites sanitaires. Il demande au tribunal de se déclarer incompétent, le pouvoir judiciaire n'ayant pas à juger les mesures prises par le pouvoir administratif. Il a rappelé la loi votée en 1793 par la Convention, spécifiant que les créances contractées par l'Etat faisant acte de puissance publique doivent être réglées par voie administrative. C'est *la solution du préfet qui a prévalu.*

(Progrès médical.)

— On va consacrer 700.000 fr. des produits du pari mutuel à la fondation à Blancheface (Seine-et-Oise), d'un hôpital pour les tuberculeux, pourvu de toutes les améliorations reconnues indispensables.

— A Genève le grand Conseil a repoussé, dans son projet de revision de la législation médicale, un amendement qui tendait à rendre libre l'exercice de la médecine.

— *La Faculté de Médecine de Paris et l'Opinion de la Presse.* — « Il n'est pas un des professeurs de la Faculté de Médecine qui ne gémisse sur la nature des locaux qu'on leur a préparés à tant de frais. L'histoire du bâtiment réservé à la bibliothèque est devenue légendaire. Une fois terminé, il s'est trouvé inutilisable. Il a fallu voter de nouveaux crédits se chiffrant par des centaines de mille francs pour en corriger les défauts. Encore n'a-t-on obtenu, si l'on en croit certains professeurs, qu'un résultat fort médiocre. Comment tant d'erreurs ont-elles pu être commises ? La Faculté dégage sa responsabilité en disant qu'elle n'a pas été sérieusement consultée. Quoi qu'il en soit, il en résulte une situation presque intolérable. Tel laboratoire, qui reçoit 4,000 francs pour ses travaux, doit en consacrer 3,800 à se chauffer ; l'argent destiné aux collections et aux préparations s'en va au calorifère. Un ingénieur de la Compagnie de Paris-Lyon-Méditerranée, consulté sur le chauffage de cette immense construction, a déclaré qu'il était fort possible qu'elle brûlât, mais qu'il était impossible de jamais la chauffer convenablement. En tout cas, rien ne peut donner une idée de l'embarras matériel et financier de cette grande École, obligée de vivre et de s'établir dans ces immenses espaces avec le budget ordinaire cal-

culé pour des locaux singulièrement plus restreints et moins onéreux. Elle se trouve littéralement dans la situation de ces familles nobles habitant un immense château et ne pouvant suffire à l'entretien des murs et des chambres qu'en se privant presque chaque jour du nécessaire.

(*Temps.*)

Et dire qu'on ne peut faire porter, à personne la responsabilité de ces dilapidations honteuses.

A. C.

— Nous serions assez disposés à accepter comme conclusion de l'incident du Concours d'agrégation la fin d'un article de la *Justice* du 30 mars :

« Le bruit qui s'est fait autour de la protestation des candidats nous a conduit à étudier la façon dont le jury était constitué. M. le ministre de l'instruction publique nomme le président et le charge de désigner les juges qui, avec lui, doivent composer le jury. Il va de soi que le président les prend de préférence parmi ses amis ou parmi les professeurs sur lesquels il peut compter pour avantager ses élèves. Chaque Faculté de médecine devrait, au contraire, croyons-nous, élire un de ses professeurs qui aurait ainsi beaucoup plus d'indépendance. Il est impossible qu'à l'avenir on ne procède pas à une composition plus équitable du jury et offrant plus de garanties pour les candidats.

— En réponse à un article de l'*Actualité Médicale*, M. le professeur Brouardel écrit :

« J'aurais reçu 1,635 francs pour l'autopsie du corps de la baronne Dellard.

Cette petite histoire est inexacte dans tous ses détails.

Je n'ai pas été chargé de faire l'autopsie de la baronne Dellard. Je n'ai pris aucune part aux expertises qui ont pu être demandées par les magistrats dans cette affaire. Je n'ai donc pas touché un centime.

De plus, les autopsies à Paris coûtent aux contribuables la somme de 15 francs (9 francs pour l'autopsie, 6 francs pour le rapport). Ce tarif existe pour moi comme pour tous mes collègues, il n'y a jamais eu d'exception pour moi ou pour d'autres.

Je vous serais obligé de faire insérer cette rectification.

Agréez, etc.

Pr Brouardel.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

3703. — M. le Dr Salomon, de Paris, présenté par M. le Directeur ;

3704. — M. le Dr Parisot, de Paris, présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le Dr Trouche, de Lesparre (Gironde) et de M. le Dr Ruat, de Vidauban (Var), tous deux membres du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine

4, rue Antoine-Dubois, 4

Libraire-éditeur du **« Concours médical »**, la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

La *Société d'Editions scientifiques*, établie sur les bases de la **Mutualité**, a pour principe de partager par moitié, entre les Auteurs et elle, *tout bénéfice* résultant de la vente des ouvrages.

Viennent de paraitre :

HYGIÈNE SOCIALE

1° **La Mortalité des enfants du premier âge et la loi Roussel**, par le Dr Latapie, membre du Concours médical, in-18 de 80 pages. — Prix : 2 francs.

2° Avec les beaux jours les amateurs photographes, *et ils sont nombreux dans le corps médical*, se sentent repris d'une ardeur nouvelle pour la plus attrayante des distractions ; nous leur signalons donc la bibliothèque ci-contre qui leur facilitera le progrès dans leur art.

La Photographie de l'Amateur débutant, par Abel Buguet. — Un volume avec 44 figures. Troisième édition, revue et augmentée, 1892. — Prix : 1 fr. 25.

L'Atelier de l'Amateur, par Fleury-Hermagis. — Un volume avec figures. — Prix : 1 fr. 50.

Traité des Excursions photographiques, par Fleury-Hermagis et Rossignol. — Un volume illustré. Troisième édition. — Prix : 6 francs.

L'Aristotypie, par le Commandant Legros. — Un volume avec une épreuve de Liesegang. — Prix : 2 fr.

La Photogrammétrie, par le Commandant Legros. — Un volume avec 50 figures. — Prix : 5 francs.

Recettes Photographiques (1re *série*), par Abel Buguet. — Un volume illustré contenant 300 recettes (1891). Broché. Prix : 2 francs. — Cartonné. Prix : 2 fr. 50.

Recettes (2e *série*), par Abel Buguet. — Un volume in-8, contenant plus de 300 recettes (1892). Broché. — Prix : 2 francs.

L'éclairage dans les ateliers de photographie, par Duchochois. Traduit de l'édition américaine, par C. Klary. Un volume. — Prix : 3 francs.

Le photographe portraitiste, par C. Klary. — Un volume avec nombreuses gravures. — Prix : 5 fr.

La photographie devant la loi et la jurisprudence, par A. Bigeon, lauréat de la Faculté de droit de Paris. — Prix : 2 fr. 50.

Annuaire de photographie, par Abel Buguet. — Un volume. — Prix : 2 fr. 50.

Manuel de Chimie photographique, par Maumené, docteur ès sciences. — Un volume. — Prix : 5 fr.

Manuel pratique des projections lumineuses, par T.-C. Hepworth (avec des indications précises et complètes pour obtenir et colorer les tableaux transparents pour la lanterne). — In-18 de 350 pages, illustré de 75 figures. — Prix : 5 francs.

L'année photographique 1891, par Abel Buguet. — Un volume illustré de 35 gravures et de 2 phototypographies hors texte. — Prix : 4 francs.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André

Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année — N° 18 — 30 Avril 1892

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

de l'Association du 24 avril 1892.

Le temps fait bien des choses.

Ceux d'entre vous, Chers Confrères, qui ont assisté aux séances de l'Association Générale, il y a cinq ou six ans, se rappellent-ils l'accueil fait aux propositions que nous formulions ?

Quand nous parlions syndicats, caisse des pensions de retraites — on paraissait ignorer la chose et on levait les épaules avec un balancement de tête qui devait nous faire réfléchir sur notre état d'esprit. Mais quand nous demandions qu'on renonçât aux vieux errements, qu'on cessât de capitaliser, qu'en un mot à une situation nouvelle on opposât un procédé d'administration différent — oh ! alors, c'était un tollé général.

Comment ! on proposait de toucher à l'arche sacro-sainte ! on osait soutenir que tout n'était pas perfection ! Mais c'était crime et non plus démence, et après nous avoir morigénés de la belle façon on s'écriait d'enthousiasme que les statuts, règlements, habitudes, etc., étaient intangibles.

Sint ut sunt.

Un jour, quelqu'un faisait remarquer que l'allocation de 80 pensions de 600 francs après un demi-siècle d'efforts, ne constituait pas un résultat si brillant qu'il n'y eût plus qu'à monter au Capitole et remercier les Dieux ; le Conseil général répondit qu'un jour viendrait où, non plus 80, mais 100, mais 150 pensions seraient distribuées.

J'eus la malencontreuse idée de dire qu'alors, tous, nous serions morts ; ce fut un beau mouvement d'indignation dans la salle ; n'empêche que je conservais cette idée éminemment subversive qu'il était préférable de distribuer 15 pensions, chaque année, aux confrères besoigneux, que de capitaliser la somme disponible pour constituer une seule pension à titre perpétuel.

Or, le 24 avril 1892, à quatre heures du soir, nous avons pu entendre le Conseil Général déclarer qu'à l'avenir l'Association Générale devait cesser de capitaliser et qu'il fallait renoncer aux vieux errements.

Depuis cinq années, la question indemnité-maladie est à l'ordre du jour : on a commencé par déclarer que la chose était impossible, puisqu'on ne *voulait pas* la faire et qu'il fallait renoncer à des espérances chimériques. — Le 25 avril 1892, on propose une organisation qui n'est sans doute pas ce que nous aurions voulu, mais qui peut rendre des services, qui laisse la question à l'étude et permettra d'attendre vraisemblablement quelque chose de plus parfait.

Et comme un tel revirement d'opinion devait forcément surprendre, comme il était nécessaire de rassurer les plus conservateurs, d'entre ceux qui n'avaient jamais conçu la possibilité de la plus petite réforme, le Président a pris le soin de déclarer que sa récente élection n'avait pas déchaîné ce souffle révolutionnaire, que les nouvelles propositions émanaient du Conseil Général tout entier, que M. le trésorier Brun lui-même aspirait à être le parrain de la caisse nouvelle !

Qui donc, après cette déclaration, oserait nier le progrès?

Nous qui formions la gauche de l'Assemblée, qu'on traitait de radicaux, d'impatients, de brouillons.... que sais-je encore — nous voilà devenus gouvernementaux ! C'est à n'y pas croire en vérité !

Mais alors pourquoi certains de ces néophytes, si ardents aujourd'hui à brûler ce qu'ils adoraient hier, continuent-ils à nous regarder en fronçant le sourcil ? pourquoi renfoncent-ils au plus profond de leur cœur l'aveu que nos anciennes propositions avaient quelque valeur et qu'une idée nouvelle ne doit pas être écartée par cela seul qu'elle est nouvelle et qu'elle oblige à rompre avec la routine ?

Serait-ce donc que le Conseil Général n'a cédé que contraint et forcé ? Serait-ce qu'une autorité, qui pour être nouvelle n'en est pas moins réelle, se serait fait sentir ? Serait-ce que M. le Président Lannelongue n'aurait voulu, en parlant de l'unanimité avec laquel le l'esprit de réforme animait le Conseil, que brûler les vaisseaux et rendre tout retour en arrière impossible ?

Quoi qu'il en soit, nous ne considérons que le résultat acquis et ce résultat, disons-le bien haut, est fait pour nous réjouir, car notre opposition, dans certaines questions, comme nos efforts dans d'autres, n'ont jamais eu d'autre but que le bien de l'Association et plus généralement du corps médical. Nos idées font leur chemin, cela nous suffit, et, si nos noms peuvent offusquer certains, nous nous garderons de protester contre le silence qu'on fait autour de nous. Nous savons, comme vous savez, chers Confrères, que c'est au Concours médical et aux Syndicats médicaux que sont dues les réformes qui s'opèrent. — Continuons donc dans la voie où nous nous sommes engagés avec le même zèle et le même désintéressement, car ce n'est pas hier que le poète a écrit le trop fameux : *Sic vos non nobis* (1).

D[r] A. Gassot.

Nous ne pouvons, à notre grand regret, reproduire le discours tout entier de M. Lannelongue. Nous en détachons les passages les plus intéressants :

Messieurs,

Vous savez, comme moi, que si vos intérêts sont bien gérés et si vous pouvez avoir toute sécurité, on doit en rapporter tout le mérite à votre Conseil général et à votre bureau. Par un fonctionnement des plus réguliers, par l'active recherche qu'il met à tout connaître et à tout étudier, soit qu'il tende à réaliser des vœux sages et utiles, soit qu'il juge meilleur de montrer au contraire les difficultés, et jusqu'au danger des réformes, ce conseil vous rend d'immenses services : je lui demande de vouloir bien me continuer un concours indispensable et m'accorder une bienveillance d'autant plus grande que j'en ai un vrai besoin.

Il semblerait qu'une naissance plus que facile, émanant d'un nombre de suffrages plus grand que jamais, jointe à l'abondance de vos biens, dût m'assurer un avenir aussi calme que celui dévolu à ces monarques qu'on nomme dans l'histoire : rois fainéants. Messieurs, s'il n'y avait pas l'accord du plus grand nombre et le bon vouloir de tous, la succession qui m'incombe serait à l'heure actuelle pleine de difficultés et presque périlleuse. C'est pour cela que je dois m'expliquer sans hésitation et vous montrer mes tendances ; je le ferai en abordant un des points d'une question professionnelle dont on cherche le dénoûment avec tant d'activité.

Sans faire aucunement de l'histoire, qu'il me soit permis de rappeler quel fut à l'origine, ce qu'il est resté, d'ailleurs, le principe de votre institution. C'est celui d'une mutualité protectrice en vue de vos intérêts matériels et moraux : principe excellent puisqu'il a pu grouper en un seul faisceau, dans votre Association générale, le plus grand nombre des médecins de France et fécond au delà de toutes les espérances, puisqu'il a eu pour résultat de constituer en peu d'années un gros capital d'épargne avec lequel vous servez de nombreuses pensions et vous faites de grandes générosités.

Quel rêve pour l'avenir ! quelle ambition ne pouvait-on pas avoir et quel bonheur d'espérer de soulager largement toutes les infortunes, et de venir en aide à toutes les détresses !

Et cependant, d'autres aspirations sont venues depuis quelques années modifier les prévisions caressées et poursuivies jusqu'ici sans relâche. Ce n'était tout d'abord que de simples idées sans plan ni formule : mais peu à peu ces idées ont pris un corps, et sous cette forme, désormais reconnaissable, elles ont commencé leur évolution ; comme un épithélium germinatif embryonnaire, elles ont poussé des prolongements multiples et rameux.

On ne saurait en vouloir, Messieurs, à ceux qui, ayant la responsabilité et la sauvegarde d'une grande institution, se montrent avant tout les *conservateurs résolus* et *intraitables* du bien dont ils sont dépositaires. C'est leur honneur et leur devoir de savoir résister. D'autre part, comment méconnaître le progrès, la différence des temps, les changements dans les mœurs et jusqu'au changement dans les idées et les conceptions. Il fut une époque, pas très éloignée encore, où on séparait assez volontiers parmi nous la science de la profession ; c'était, pensait-on, choses distinctes. Rien n'est pourtant moins exact, et si la science se montre jamais dans son plus haut éclat, c'est lorsque la profession médicale l'applique. L'esprit scientifique a considérablement grandi chez nous et il a pénétré même profondément dans notre Association. Il s'y présente aujourd'hui sous la forme de revendications imposantes et il vient nous inviter à nous étendre et à nous transformer. N'en soyez pas autrement surpris : ces deux actes : accroissement continu et transformation, sont indissolublement liés désormais à la nature même des choses. Sans eux les institutions ne sauraient avoir de durée ; à un moment donné, elles passent de la phase la plus prospère au stationnement ou plutôt au recul vrai ou relatif, c'est-à-dire par rapport à ce qui progresse.

Pour être plus précis et plus clair, je dirai qu'il s'est produit dans votre Association un courant accentué vers l'adoption d'un principe nouveau. On veut substituer le droit au secours accordé : question grave, émanant de ces aspirations qui ont accès partout, qui sont le produit de mœurs démocratiques pénétrant dans la corporation avec l'intensité de ces courants qu'alimentent des sources vives et fortes. En même temps problème difficile, venant jeter une note très particulière d'étonnement, de doute, de froid même dans une institution professionnelle bien réglée, sagement conduite, pleine d'harmonie dans sa simplicité et dans son uniformi-

(1) Cet article a été écrit le dimanche soir ; la séance du lundi, on va le voir, n'a pas répondu à l'attente de notre ami le D[r] Gassot.

té. En pareille occurence, on doit passer outre des étonnements pour ne considérer que les faits avec le calme que comporte l'importance des questions. Mais à peine l'idée fut-elle émise qu'on se mit à lui élever des autels, car les apôtres étaient nombreux et actifs ; bientôt avec des résultats entrevus bons ou mauvais on vint nous dire : voilà ce qu'on veut de vous, à l'œuvre, à l'étude, à l'examen et concluez. Je suis de ceux, Messieurs, qui croient qu'il ne faut pas laisser dire d'une institution qu'elle est la *maison abandonnée* et qu'il faut, en l'étayant toujours plus fort, faire aussi une place pour l'esprit nouveau. Et ainsi que vous le prouvera dans un instant le rapport de M. Bucquoy, je ne suis pas le seul, le Conseil général tout entier, les patriarches de l'œuvre, M. Brun en tête, sont tous unanimes et devenus solidaires sur ces questions.

La fortune de l'Association est aujourd'hui grande si on envisage son avoir entier sur tout le sol français ; elle est de près de trois millions. N'est-ce pas un très grand bien ? Mais n'est-il pas dangereux, avec la marche progressivement descendante du revenu, de continuer à amonceler des capitaux ! N'est-il pas plus sage de songer à faire plus de générosités et à remplir de nouvelles exigences !

La voie étant ainsi tracée, nous sommes entrés sans hésitation dans les questions nouvelles, avec le dessein de leur trouver une solution. En premier lieu, nous avons tenu à consolider l'institution ancienne avec son fonctionnement, ses ressorts multiples, sa caisse de retraite, son fonds de secours, etc., qui restent et resteront intacts. En second lieu, on vous propose l'adjonction d'une caisse pour le droit à l'indemnité maladie, droit nécessairement limité et réglementé, comme la nouvelle caisse elle-même.

Lorsque j'écrivais ces lignes, il y a un mois environ, je croyais inutile de soulever le voile qui nous permettait de découvrir d'autres horizons. Le temps, disais-je, dont il ne convient pas de hâter l'œuvre, se chargera de vous les montrer. Je me trompais dans mes prévisions et je ne saurais plus actuellement me borner à vous indiquer mon désir de vous suivre uniquement lorsqu'un danger apparaît et que vous n'êtes pas là pour l'éviter. La loi sur l'exercice de la médecine qui va être certainement votée sans changements en ce qui concerne les associations régulièrement autorisées, a amené de nombreux conciliabules et dans la journée de demain, la journée des affaires, on vous exposera les conceptions diverses auxquelles on a pensé. Vous verrez s'il ne conviendrait pas *de changer votre ligne de flottaison.*

M. le président termine par cette phrase :

Mais pour accomplir ma tâche, j'ai besoin de toute votre bienveillance. Quelque chose me dit que je puis y compter. Ne sommes-nous pas essentiellement les serviteurs désintéressés d'une œuvre d'utilité professionnelle, exclusivement moralisatrice et bienfaisante, en la grandeur de laquelle nous avons tous foi, et pour laquelle je sens que donner le meilleur de soi-même et jusqu'à tout son cœur, est la seule manière de répondre à la plus grande des récompenses que j'aie jamais reçues.

Une triple salve d'applaudissements a dû lui prouver qu'il était assuré de l'appui de tous.

Du rapport du Secrétaire général nous détachons les passages suivants :

Celui qui eut une si grande part dans ce passé et ces bienfaits, n'est plus. Il va recevoir de nous tous, dans cette solennité, l'hommage d'un ineffaçable souvenir et d'une reconnaissance profondément sentie.

Mais, comme le flambeau de la science, le flambeau de l'Association se transmet, toujours ardent de main en main. Vos unanimes suffrages confient à M. le Professeur Lannelongue les destinées de l'Association générale. En l'acclamant aujourd'hui, l'Assemblée générale n'a pas besoin de dire à l'ancien président de la Société Centrale que, dans cette Œuvre, nul ne met la main, sans y mettre son cœur. Un dévouement, ancien déjà, et des libéralités si larges et si souvent répétées nous ont appris dans quelle mesure l'un et l'autre étaient à notre service.

Attentif au courant d'idées qui se produit dans notre Œuvre, notre nouveau Président, a tenu à inaugurer sa direction en soumettant à l'Assemblée un projet préparé avec le concours du Conseil général, dans le but d'étendre l'action bienfaisante de l'Association.

Saluons, Messieurs, cette initiative ; saluons cette aurore des jours nouveaux. Une Œuvre comme la nôtre ne dure que pour se perfectionner. Notre indissoluble union est une force dont la fécondité ne s'épuise pas ; nos Statuts admettent une série indéfinie de nouveaux bienfaits ; les idées libérales, la haute et puissante influence de notre nouveau Président sont connues ; l'avenir est assuré !

L'Association poursuivra donc sa tâche ! Je tenais à le déclarer hautement ici, au lendemain de la perte si grande éprouvée au cœur même de l'Association, et en présence de trop nombreux deuils dans nos Sociétés locales. Mais, ne voyez-vous pas sur le même tronc vigoureux, à côté de la branche privée de vie qui, hier encore, nous abritait de son ombre bienfaisante, apparaître la frondaison nouvelle, espoir du lendemain. C'est ainsi, Messieurs, que, mêlant les regrets du passé aux promesses de l'avenir, je dois, à côté de nos pieux souvenirs, placer nos légitimes espérances et montrer l'Association générale des Médecins de France toujours prête à de nouveaux efforts, parce qu'elle est fermement résolue à accomplir sa mission, sa mission tout entière.

— Je n'entretiendrai pas l'Assemblée des longues et difficiles négociations entreprises cette année, par le Conseil général, sur l'initiative de M. Lannelongue, en vue d'obtenir pour l'Association le bénéfice de la *Reconnaissance d'utilité publique* : Projet de statuts, projet de règlement, conférences avec les pouvoirs publics, à l'effet d'arriver à une rédaction propre à concilier les bienfaits de la mesure avec le maintien des privilèges accordés depuis plus de trente ans à notre Œuvre, et que ses services ont si largement justifiés. Défenseurs jaloux de vos droits, Messieurs les représentants de nos Sociétés locales, nous n'avons voulu accepter les avantages proposés, qu'après avoir pesé avec vous les sacrifices par lesquels il nous les fallait acheter.

En 1874 et 1876, l'Association avait retiré sa demande à fin de reconnaissance d'utilité publique, parce que, pour l'obtenir, elle devait rompre les liens fédératifs, substituer des Comités à des Sociétés locales, perdre les avantages accordés aux Sociétés de secours mutuels par la législation de 1852, renoncer à un mode de placement très avantageux de ses fonds et à la gratuité des opérations que nécessitent la constitution et les mutations incessantes de ses pensions.

Désormais, le terrain de discussion et d'action est nettement tracé. La question s'impose. Il faut que l'Assemblée, par un vote formel, nous permette d'arriver à une solution.

Les hautes relations de notre Président, le sentiment très vif que l'on a aujourd'hui, dans l'Administration, des services rendus par notre Œuvre, les tendances générales de plus en plus favorables aux grandes Associations de mutualité et de bienfaisance, l'abandon des vieilles et étroites formules juridiques, qui n'aboutissaient qu'à paralyser les œuvres utiles, sans gêner en rien les organisations malfaisantes ; l'esprit nouveau qui se dégage des

lois en cours de discussion, tout nous fait espérer que nous pourrons bientôt reprendre, — pour la voir résolue, cette fois, à notre avantage, — la question dont il s'agit. Nous poursuivrons nos démarches avec une infatigable volonté d'aboutir, et de substituer aux incertitudes d'un régime précaire les avantages attachés à une existence légale officiellement reconnue.

Séance du Lundi.

Celle du Dimanche était prise par la lecture des rapports. La séance de discussion, celle du Lundi, séance des affaires, qui doit résoudre toutes les questions soulevées dans une année, a été négative sur toute la ligne.

C'est, cette fois-ci, l'Assemblée qui a, par suite de circonstances spéciales, rendu stérile la bonne volonté, l'esprit de progrès, qui s'étaient fait jour dans la rédaction des rapports et dans l'allocution présidentielle.

Le banquet du dimanche soir, auquel ont pris part plus de cent convives, avait par ses toasts et par le ton des conversations échangées, fait mieux présumer de la séance du Lundi.

Elle a débuté par la lecture du rapport *Bucquoy*. Ecouté avec attention et accueilli avec faveur, ses conclusions tendaient à créer une œuvre bonne en elle-même, quoique forcément limitée par les ressources disponibles. Nos amis de la Gironde : MM. *Lande* et *Lasalle* ne le combattaient guère ; ils le considéraient comme trop restreint, insuffisant, et voulaient qu'on recherchât les moyens de l'élargir, en lui adjoignant la faculté, pour qui le voudrait, de cotiser spécialement en vue d'obtenir une indemnité de droit en rapport avec sa cotisation.

M. le Dr *Lande* s'est efforcé de démontrer que la formule « cotisation égale pour tous, pour une indemnité égale » qui constituait la réponse du gouvernement, n'était pas absolument fondée et il a présenté des statuts de plusieurs Sociétés de secours mutuels autorisées où les cotisations facultatives sont variables, comme les indemnités qui leur correspondent. Il a invité ses collègues à poursuivre, de leur côté, les recherches auxquelles il s'est livré lui-même, afin de fournir au Conseil général le moyen de faire réformer une réponse trop absolue.

Le *Conseil judiciaire* lui a répondu qu'il était dans l'erreur ; que le gouvernement serait rigoureux pour une grande Association, s'il l'était moins pour les petites citées par M. le Dr Lande. Il a été ensuite assez mal inspiré, lorsqu'il a ajouté que même pour le modeste projet du Conseil général, le refus d'une seule Société locale, de l'accepter, suffirait à en rendre la réalisation impossible. Cela a jeté un froid comme on pense.

C'est alors que les délégués de la *Somme*, de la *Meuse*, du *Vaucluse*, se sont empressés de déclarer, en leur nom personnel, ou au nom de leurs Sociétés qu'ils repoussaient le projet formulé par M. Bucquoy.

M. le Dr Lasalle a alors combattu avec une très grande chaleur et son éloquence habituelle et si imagée, les conclusions du conseil judiciaire et les objections des trois délégués opposants. Il a mis en cause le Conseil général, caractérisé ses tendances passées et regretté le cadre restreint de son projet.

Ses chaudes paroles ou été chaudement accueillies. C'est à ce moment que M. le Président a remis les choses à leur véritable point et fait observer que les conclusions du conseil judiciaire n'avaient pas la portée qu'on leur prêtait.

Si les Sociétés locales, en grande majorité, a-t-il dit, acceptent le projet du Conseil général, il n'est pas à craindre que quelques rares Sociétés locales refusent de s'incliner devant l'opinion générale et faire échec ainsi à ce que la majorité considère comme le bien public. (Applaudissements.)

Mais, alors, à notre grand regret, on propose de renvoyer, pour un an encore, l'indemnité de maladie à l'examen des Sociétés locales et on ajoute à ce renvoi la proposition de porter, désormais, à 20 fr. au lieu de 12, la cotisation annuelle.

Le vote est acquis et voilà la solution en suspens compliquée de la question d'accroissement de la cotisation.

Stérilité, discussions vaines, comment caractériser autrement cette séance ? La principale question est enterrée ; on passe à l'examen des vœux, dont l'expression est accueillie par l'indifférence découragée des délégués.

C'est à peine si leur attention se réveille quand le Président pose la question de démarches à faire pour la *reconnaissance d'utilité publique de l'Association générale*, en vue surtout d'obtenir la délivrance des dons et legs sans difficultés. Celles-ci persistent et on est fondé à croire qu'elles vont encore s'accroître.

Le conseil judiciaire, qui avait jusqu'à ce jour repoussé la recherche de la reconnaissance d'utilité publique, dit les raisons pour lesquelles son opinion s'est totalement modifiée et l'assemblée autorise le président à faire les démarches.

Nous n'avons aucune attraction à commenter les divers et minuscules incidents qui se sont produits. Nous en conservons une impression peu favorable pour l'avenir de l'*Association* et notre conviction est qu'une ère nouvelle sera bien difficile à inaugurer, malgré toute la bonne volonté du *Président général*, sans une modification profonde du régime qui régit notre très riche, très bienfaisante, mais trop immobile et trop immuable Association.

Donc, chers confrères, nous pouvons vous faire observer combien il est heureux pour le bien de la profession que se soient élevées à côté d'elle, des Associations diverses, plus vivantes et plus accessibles aux progrès. Vous avez été les ouvriers de la création de ces Sociétés. Tôt ou tard on vous rendra cette justice.

A. C.

Caisse des Pensions de retraite du Corps médical Français.

L'Assemblée générale de la Caisse des pensions, préparée par le *Comité Directeur* et par le *Conseil des Censeurs*, a eu lieu le dimanche à 5 heures du soir.

Nous consacrerons prochainement un numéro tout entier du *Concours* à reproduire le compte rendu de la séance, l'allocution de M. Dujardin-Beaumetz, président ; les rapports de M. le Dr *Delefosse*, secrétaire géné-

ral et *Verdalle*, trésorier, et les commentaires du vice-président de l'œuvre, M. le Dr *Lande*.

Il nous suffira pour aujourd'hui de constater que les cotisations de l'année ont été de près de 70,000 francs ; le capital atteint 371,000, que le nombre des adhérents s'accroît et qu'en 1894 au 1er janvier commencera la délivrance des pensions.

L'œuvre est en pleine prospérité et c'est votre œuvre.

LA SEMAINE MÉDICALE

Rapports du tabes dorsal et de la paralysie générale.

M. *Raymond* a communiqué à la Société des Hôpitaux l'histoire d'un malade atteint de ces deux affections et chez lequel l'autopsie a montré la sclérose combinée des cordons postérieurs et des faisceaux pyramidaux avec inflammation interstitielle chronique des circonvolutions.

D'ailleurs, paralysie générale et tabes dorsalis coexistent fréquemment : la paralysie générale peut débuter par les symptômes du tabes ; le tabes peut, à un moment donné, se joindre à la paralysie générale. On peut encore admettre une interprétation plus large : encéphale, moelle, nerfs périphériques peuvent se trouver atteints dans la paralysie générale, simultanément ou successivement, donnant lieu à tel ou tel tableau clinique, suivant la prédominance des lésions sur telles ou telles parties des centres nerveux. On peut même se demander, en présence de ces faits, surtout en considérant, de plus, leur étiologie, si le tabes et la paralysie générale ne sont pas une même maladie, idée qui a déjà été soutenue par M. Raymond.

Anatomie pathologique de la paralysie générale.

M. *Luys* a fait exécuter des photographies de coupes microscopiques du cerveau chez les paralytiques généraux.

Il a pu, grâce à l'étude de ces photographies, constater que la zone qui revêt les circonvolutions cérébrales et leur constitue une sorte d'épithélium, joue un rôle important dans la genèse des lésions ; que les vaisseaux de la substance grise et ceux de la substance blanche sous-jacente sont diminués de calibre, ce qui explique que toute réparation des lésions devient impossible. Enfin, en ce qui concerne la distribution des lésions, M. Luys a vu que, dès le début de l'affection, il existait des altérations au niveau du bulbe, de la protubérance et du cervelet pouvant expliquer, d'après leur intensité différente, la variabilité de certains symptômes de début : troubles du langage, de la phonation, de la vision, etc.

Méthode pour ranimer les sujets en imminence de paralysie cardiaque à la suite d'inhalations de vapeurs de chloroforme.

Le Dr *Maass* (*Berliner klin.* Wochenschrift) relate deux cas de syncopes graves survenues dans le cours de l'anesthésie chloroformique, et où les patients ont été arrachés à une mort imminente, grâce à l'emploi de la méthode préconisée par König pour ranimer les sujets qui courent pareil danger, méthode légèrement modifiée ; l'opérateur se place à la gauche du patient, la figure tournée vers la tête de celui-ci ; il exerce sur la région précordiale des pressions énergiques, avec l'éminence thénar de la main droite ouverte, appliquée entre le siège du choc précordial et le bord gauche du sternum, et en exécutant des mouvements à la fois rapides et puissants. La fréquence de ces mouvements successifs doit atteindre 120 et plus à la minute. On facilite dans une certaine mesure la manœuvre, en saisissant de la main gauche la moitié droite du thorax du patient de manière à immobiliser le corps.

Chez les deux malades en question la suppression du pouls a précédé l'arrêt des mouvements respiratoires, ce qui est en contradiction avec les résultats précédemment annoncés.

Un nouveau procédé d'anesthésie locale.

M. *Corning* (de New-York ; *Union médicale du Canada*) a imaginé le procédé suivant :

On injecte dans la peau de la région que l'on veut anesthésier, d'abord une solution de cocaïne à 2 ou 3 % ; puis, après avoir retiré la seringue, mais en laissant son aiguille en place, on adapte à cette aiguille une autre seringue remplie de beurre de cacao liquéfié par la chaleur et on injecte ce liquide ; enfin on soumet la région aux pulvérisations d'éther. Le refroidissement produit par ces pulvérisations amène la solidification du beurre de cacao injecté dans la peau. La circulation dans les capillaires se trouvant suspendue par suite de cette solidification, la solution de cocaïne n'est pas absorbée, mais reste en place, continuant à agir sur la terminaison des nerfs sensibles et à entretenir ainsi l'anesthésie. Dès qu'on cesse les pulvérisations, le beurre de cacao se liquéfie par la chaleur du corps. L'absorption de beurre de cacao ainsi que celle de la solution de cocaïne commencent alors à se produire et l'anesthésie tend à disparaître. Mais si l'on continue les pulvérisations d'éther sans interruption, on peut faire persister l'anesthésie pendant un temps très long, variant de une à deux heures, surtout lorsqu'on a soin de diminuer la tension de la peau en élevant, par des tractions exercées de la périphérie vers le centre, un pli cutané tout autour de la région anesthésiée.

(*Revue générale de méd., de chir. et d'obstétrique.*)

Nouveau traitement antiseptique de la diphthérie par l'antipyrine (1).

M. *Vianna* (de Bahia, Brésil), dans des recherches faites au laboratoire de M. Straus, a été amené à démontrer l'action bactéricide et toxinicide de l'antipyrine sur le bacille de Lœffler.

Dans une première série d'expériences, il a constaté que l'antipyrine, à la dose de 2 grammes et demi pour cent, empêchait le développement du bacille de la diphthérie, dans les différents milieux de culture. L'addition de la même dose d'antipyrine à des tubes de bacille de Lœfler en plein développement tue ces bacilles en 48 heures. En 24 heures, le même résultat est obtenu à la dose de 5 0/0. Ce même médicament exerce

(1) Soc. de biologie.

une action analogue sur les bouillons de culture filtrés, c'est-à-dire sur la toxine de la diphthérie.

Des cobayes injectés avec le bouillon filtré et additionné de 4 à 8 grammes pour 100 d'antipyrine meurent au bout de 5, 8, 12, 15, 20 et 24 jours, tandis que les mêmes bouillons filtrés et non additionnés d'antipyrine meurent en moins de 3 jours. L'antipyrine exerce donc une action toxinicide remarquable sur le poison diphthérique, qu'elle ne détruit pas complètement, à la vérité, mais dont elle retarde les effets d'une façon notable.

L'antipyrine (à l'encontre des autres substances antiseptiques, telles que le sublimé, etc.) peut être administrée à hautes doses, soit localement, soit par ingestion, ou par injections sous-cutanées, soit encore en pulvérisations ou applications locales. Il y a donc lieu d'essayer, comme moyen thérapeutique, cette substance contre la diphthérie.

Sur l'emploi de la solanine dans les affections de l'estomac avec prédominance de l'élément gastralgique.

M. *Desnos* pense que la solanine est appelée à rendre des services assez importants dans le traitement des maladies douloureuses de l'estomac, au même titre que la cocaïne, l'eau chloroformée, les bromures de strontium ou de calcium. D'une manière générale, elle doit être considérée comme inférieure à la morphine, bien qu'elle ait pu quelquefois réussir là où celle-ci avait échoué. Mais on peut observer des cas d'insuffisance ou d'intolérance de la morphine, et il est de notoriété que dans certaines conditions elle peut conduire à la morphinomanie, surtout si elle est donnée par la voie hypodermique. On sait aujourd'hui quels sont les sujets particulièrement prédisposés, pour ne pas dire voués à la morphinomanie. Ce sont particulièrement les hystériques, les alcooliques, les dégénérés. Chez ces malades il peut y avoir avantage à substituer à la morphine les autres sédatifs du systéme nerveux stomacal, parmi lesquels figurent la solanine.

Le prix de cette substance, trés élevé actuellement, ne peut être considéré comme un obstacle à son emploi, d'autant plus que ce prix baisserait certainement si le médicament se généralisait davantage (*Académie de médecine*).

Craniotabes ou craniomalacie.

M. *Comby* a présenté à la Société des hôpitaux un enfant qui est un type de craniotabes. Depuis le mémoire d'Elsaesser, en 1843, on a fait jouer un rôle trés important à cette infection dans la pathogénie du spasme de la glotte et du rachitisme. Ce rôle, à son avis, est exagéré. Sur 12 enfants atteints de craniomalacie, observés récemment, il n'a pas vu une seule fois le spasme de la glotte. Par contre, il a vu fréquemment le spasme de la glotte ou les convulsions générales chez des enfants qui n'avaient pas de craniotabes.

On a dit aussi, et c'est une opinion générale en Allemagne, que le craniotabes est la première étape du rachitisme. On renverse ainsi la loi de J. Guérin, qui veut que le rachitisme commence par les membres inférieurs (cette loi, d'ailleurs, n'est pas admissible). Sans doute, la plupart des enfants craniomalaciques, se trouvant dans de mauvaises conditions hygiéniques, sont prédisposés par cela même au rachitisme. Mais le rachitisme n'est pas fatal. L'enfant présenté par M. Comby est d'assez belle apparence, il est nourri au sein par sa mére, et il est probable qu'il ne deviendra pas rachitique. Le craniotabes est très fréquent chez les enfants dans la première année de la vie ; M. Comby ne l'a pas encore rencontré après 10 mois. Avant 10 mois, il existe chez prés du quart des sujets. Cette fréquence relative répond à l'objection qui pourrait être faite de la nature syphilitique de la maladie. Le craniotabes n'est pas une manifestation hérédo-syphilitique. C'est une lésion de nutrition qui n'a rien de spécifique.

Pouvoir désinfectant de la lessive.

MM. les docteurs *Montefusco* et *Caro* viennent de publier les nombreuses recherches auxquelles ils se sont livrés pour s'assurer de l'action désinfectante de la lessive, la faisant agir, soit à froid, soit à chaud, étudiant les effets proportionnellement à son degré d'alcalinité et à la résistance des divers micro-organismes pathogènes choisis pour l'examen (choléra, typhus, charbon). Or, de ces expériences faites avec la lessive communément employée dans les lavoirs, et qui est obtenue à l'aide de la cendre de bois, il résulte que cette lessive a, de par sa grande alcalinité, un indiscutable pouvoir désinfectant, puisqu'elle arrive à détruire absolument les spores de la bactérie charbonneuse, qui sont les germes les plus résistants que l'on connaisse.

Pour obtenir cette action, il suffit de verser sur les « effets » à désinfecter la lessive commune, et de la laisser en contact avec eux cinq heures si on l'a employée bouillante, six heures si on l'a employée froide (23° centig.). La facilité de cette opération et la sûreté du résultat permettent de préférer la lessive à tout autre antiseptique et d'en conseiller l'emploi aux familles toutes les fois qu'il s'agira de désinfecter le linge blanc ayant appartenu à des personnes atteintes de maladies contagieuses. (*Bulletin médical.*)

MÉDECINE PRATIQUE

Formes cliniques peu connues de la tuberculose chez les enfants.

Vers la fin de l'année dernière j'étais consulté pour une petite fille de vingt mois chez laquelle existaient des accès de fiévre irréguliers, dont la cause n'avait pu être déterminée. Cet enfant n'avait eu, me disait-on, d'autres maladies depuis sa naissance qu'une stomatite aphteuse quelques semaines auparavant ; l'affection buccale avait été remarquable par la confluence des érosions aphteuses et avait entravé notablement l'alimentation pendant deux à trois semaines. La petite était précoce pour la marche et pour l'intelligence ; sa dentition était notablement en retard. Les aphtes avaient été attribués à l'évolution dentaire, opinion que je déclarai ne point partager ; je considère comme démontrée l'origine bovine des stomatites aphteuses, c'est le lait qui en apporte les germes dans la bouche de l'enfant, et, si le travail de la dentition joue un rôle dans la pathogénie, c'est tout au plus en préparant le terrain à l'infection par la congestion de la muqueuse buccale qui devient dès lors plus vulnérable, plus pénétrable aux agents pathogènes. Quoi qu'il en soit, les aphtes

avaient disparu depuis plusieurs semaines, mais l'enfant ne se rétablissait pas;son appétit était capricieux, elle était peu disposée à marcher et à jouer, elle était pâle. En outre, la peau devenait chaude de temps en temps à des heures irrégulières ; les mains, le cuir chevelu, la nuque se couvraient de sueur et le thermomètre démontrait la fièvre, qui oscillait suivant les jours entre 38 et 39°. Aucun autre symptôme d'ailleurs : pas de troubles digestifs, pas de troubles respiratoires. On avait pensé au rachitisme ; mais il n'y avait aucune déformation du squelette, pas de douleurs des membres. On avait songé à cet impaludisme parisien, dont M. Jules Simon s'est fait le partisan et qui, causé par les affouillements incessants du sol de nos rues, tels que les nécessitent les innombrables travaux de voirie, s'attaquerait d'une façon latente aux bébés de la grande ville. Mais l'administration réitérée de doses suffisantes de quinine n'avait pas coupé court aux accès fébriles.

Mon impression, après examen de l'enfant, fut qu'il y avait sous roche quelque ennemi plus sérieux ; cette fillette avait cet air à la fois sérieux et vieillot qu'on trouve chez les petits êtres minés par une infection chronique (syphilis ou tuberculose) ; l'exploration minutieuse des viscères ne me faisait découvrir qu'un foie et une rate assez augmentés de volume et de nombreux petits ganglions, indolents, dans les creux axillaires et inguinaux, à la région cervicale. Cette micro-polyadénopathie généralisée a été donnée comme un indice de tuberculose par M. Legroux en 1888, et récemment M. Mirinescu, dans une thèse (Paris 1890), vérifiait la valeur de ce signe. Tout en retournant l'enfant, je trouvai en deux points des téguments deux petites élevures à peine saillantes d'un rouge un peu cuivré, ne s'effaçant pas par la pression et au niveau desquelles la peau était un peu indurée ; l'une de ces papules se voyait sur une fesse et l'autre sur une joue. On me dit qu'elles n'existaient pas à la naissance, et qu'elles s'étaient montrées l'une après l'autre. C'était tout ce que pouvait m'apprendre l'examen de l'enfant, mais, pendant que je faisais causer les parents, je notais que la mère était une petite femme d'apparence chétive, à thorax étroit ; sur la joue droite se voyait une tache dont la dimension, la forme, la coloration et, comme je pus m'en assurer, la consistance étaient celles du lupus érythémateux. J'appris que cette dame avait eu une pleurésie, sa mère avait eu un mal de Pott. Le père de l'enfant avait les moustaches de ce blond affectionné par les maîtres vénitiens et qui sent le terrain tuberculeux, dit M. Landouzy. Tout cela me fit suspecter quelque tuberculose insidieuse chez l'enfant.

Comme les parents me pressaient de formuler un diagnostic et que je ne me sentais pas autorisé à exprimer le fond de ma pensée en l'absence d'éléments suffisants d'appréciation, je demandai en consultation un de nos collègues les plus distingués, qui m'avait introduit dans la famille. Son opinion fut beaucoup plus optimiste ; il lui sembla que la dentition retardée et laborieuse pouvait expliquer le dépérissement, conseilla seulement les bains tièdes, les bromures, les laxatifs.

Cependant, les jours et les semaines s'écoulèrent ; la fièvre revenait toujours à intervalles irréguliers et à heures variables, disparaissant quelquefois plusieurs jours de suite, et alors l'alimentation, le sommeil, l'humeur devenaient meilleurs ; puis la fièvre reparaissait, ramenant de nouveau l'anorexie, l'accablement dans le jour et l'agitation la nuit. De temps en temps une petite toux de deux ou trois jours avec signes d'auscultation *presque* nuls, pas absolument nuls cependant ; dans la fosse sus-épineuse gauche le cri retentissait beaucoup plus que dans le reste du poumon et le murmure respiratoire y était un peu râpeux et saccadé.

Un beau jour la petite élevure papuleuse de la joue se mit à grossir et à jaunir, faisant une saillie comme un petit pois ; à ce niveau l'épiderme devenait mince et luisant. Mon diagnostic fut gomme tuberculeuse, pleinement confirmé par un chirurgien des plus distingués ; il fut convenu qu'on appliquerait en permanence l'emplâtre de Vigo et qu'on n'interviendrait que si on avait la main forcée par l'imminence de l'ouverture spontanée du foyer gommeux. J'avais depuis quelque temps institué un traitement consistant en petites pilules d'iodoforme et de tannin qu'on dissimulait dans un peu de confiture, de la crème ou de la soupe ; l'alimentation fut poussée activement, et je constatai une amélioration incontestable : disparition de la fièvre et des sueurs pendant plusieurs semaines ; retour de l'appétit, du sommeil, diminution de la rate et du foie. Mais des troubles digestifs ne tardèrent pas à entraver ma médication ; la langue devint saburrale, il y eut de l'entérite ; on dut suspendre l'iodoforme et le tannin. L'enfant, qui avait un peu engraissé tout en demeurant très pâle, recommença à maigrir, et le caractère, en général doux, devint insupportable : refus absolu de jouer, de marcher, de manger, de se laisser examiner. Réapparition d'accès fébriles ; laryngite, bronchite légère. Chose assez singulière, la lésion tuberculeuse de la joue diminuait à vue d'œil, au fur et à mesure que se groupaient les mauvais symptômes viscéraux — J'attendais d'un jour à l'autre une explosion d'accidents plus précis, indiquant une détermination sur l'un des grands appareils : serait-ce une broncho-pneumonie tuberculeuse, une méningite, une péritonite de même nature ? Un jour en arrivant, je trouve l'enfant endormie, d'une pâleur de cire ; je tâte le pouls, il était d'une extrême irrégularité, bien que la respiration fût calme et régulière ; l'enfant s'éveille, on la prend sur les genoux, elle lance en deux ou trois fusées successives de vomissements le lait qu'elle avait pris une heure auparavant. Elle se tourne obstinément du côté opposé à la lumière ; quand elle consent à ouvrir les yeux, je constate un très léger strabisme. Hélas ! plus de doute, la détermination tuberculeuse s'est faite sur les méninges, et les jours suivants s'est déroulé le drame dont les péripéties varient peu et dont le dénouement est toujours le même.

Si j'ai longuement décrit la marche de ce cas, c'est qu'il donne un exemple de cette *infection tuberculeuse diffuse*, qui, avec des manifestations viscérales presque nulles, se traduit seulement par une *fièvre intermittente* pendant un assez long temps, constituant un tableau clinique peu connu, mal décrit dans les classiques.

Une bonne étude récente a été faite pour certains autres cas par M. Aviragnet, qui a eu surtout en vue les formes de tuberculose diffuse dont la symptomatologie rappelle celle de l'*athrepsie* ;

sa description mérite d'être en partie reproduite. Ici, au lieu de la fièvre intermittente dont j'ai parlé tout à l'heure dans cette forme subaiguë et relativement rapide, nous allons assister à une évolution lente et apyrétique (1).

« Le début de la tuberculose généralisée chronique est des plus variables. La première manifestation de la maladie peut simuler, chez les uns, un embarras gastrique ou une fièvre typhoïde ; chez d'autres, c'est une bronchite banale d'apparence, qui marque le début de l'affection, ou bien encore une broncho-pneumonie qui a traîné, qui a mis longtemps à disparaître et qui a fatigué beaucoup l'enfant. M. Landouzy insiste beaucoup sur les bronchites à répétition, qu'il appelle les « échéances » de la tuberculose. Pour lui, il s'agit toujours de poussées successives de l'infection tuberculeuse.

Il est possible que la plupart de ces bronchites ou broncho-pneumonies soient des manifestations de la tuberculose, mais il est certain que quelques-unes sont dues à des micro-organismes autres que le bacille de Koch. Des inflammations pulmonaires, relevant de streptocoques ou de pneumocoques, se développent fréquemment dans le cours de la tuberculose chronique ; elles peuvent aussi en marquer le début.

Arrivée à la période d'état, c'est-à-dire quand la tuberculose s'est généralisée, la maladie présente toujours les mêmes allures.

Ce qui frappe, c'est l'état misérable du petit malade. Pâle, amaigri, la peau collée sur les os, les traits tirés, le visage fatigué et vieilli, les yeux cernés, sans expression, les cils longs, tel est le tuberculeux. Cet aspect est tellement caractéristique qu'on ne s'y trompe pas quand on en a déjà vu. On porterait le diagnostic avant même de pratiquer l'examen des organes.

Cet examen donne des résultats variables suivant les enfants, et c'est moins sur lui que sur l'aspect général qu'il faut se baser pour arriver au diagnostic.

Du côté des poumons, on ne constate, le plus souvent, que des râles de bronchite, sans grands caractères ; parfois, cependant, il y a de la submatité à l'un des sommets, et la respiration y est affaiblie ou soufflante ; souvent, les bases seules sont prises. Chez un autre enfant, on trouvera les signes d'une adénopathie trachéo-bronchique. Pas de troubles fonctionnels bien accentués dans la majorité des cas ; un peu de toux, pas d'expectoration, pas de dyspnée.

Les troubles digestifs sont également des plus variables. Le petit tuberculeux a conservé l'appétit le plus souvent. Quelques-uns digèrent très bien ; ils ne vomissent pas, ils n'ont pas de diarrhée. Cependant, la nourriture ne leur profite pas ; ils dépérissent. Chez d'autres, ce dépérissement est plus rapide, parce qu'il existe des troubles gastro-intestinaux. Les vomissements sont alors fréquents. L'enfant rend tout ce qu'il prend, une heure, deux heures après son repas. Il a, en même temps, de la diarrhée.

Quand celle-ci est liée à de l'entérite tuberculeuse ulcéreuse, elle est persistante ; mais le plus souvent elle est sous la dépendance du mauvais état général, elle peut alors s'amender avec un traitement bien conduit.

Le foie est gros, il déborde les fausses côtes de quelques travers de doigt. La rate est constamment augmentée de volume. L'albuminurie fait habituellement défaut.

Pris isolément, ces symptômes n'ont rien de bien net, mais leur ensemble est caractéristique et suffit à poser le diagnostic de tuberculose. Ce diagnostic sera facilité encore par la présence de la micro-poly-adénopathie généralisée. Mais, avant de déclarer tuberculeux des ganglions, il faut s'assurer de l'état des téguments, chercher s'il n'existe pas quelques excoriations, quelques ulcérations qui puissent avoir produit une adénopathie.

L'état général du petit malade s'aggrave très vite et bientôt l'enfant arrive au dernier degré de l'étisie.

L'amaigrissement squelettique qu'il offre est alors effrayant et l'on se demande comment la vie existe encore chez un petit être aussi profondément touché. Quelques-uns de ces tuberculeux meurent sans douleurs, sans cris, incapables de réagir ; ils s'éteignent lentement sans avoir présenté du côté de leurs différents organes d'autres modifications que celles que nous avons notées (troubles digestifs, lésions des poumons, hépatomégalie, splénomégalie, etc.). D'autres arrivent moins vite à ce degré extrême d'affaiblissement, parce qu'ils n'ont pas de troubles digestifs. Et c'est alors une chose étrange que de voir ces enfants qui dévorent, qui ont toujours faim, qui digèrent le lait qu'on leur fait prendre, s'amaigrir quand même tous les jours et d'une façon notable. La mort arrive par septicémie lente.

Pendant l'évolution de la maladie — dont la durée est des plus variables — il n'y a pas en de fièvre. La température ne s'élève que pendant les derniers jours. Cette absence de fièvre chez les jeunes tuberculeux est un phénomène constant. Chez les enfants plus âgés la fièvre est, au contraire, la règle ; et c'est alors, avec l'amaigrissement, un des éléments sur lesquels il faut se baser pour faire le diagnostic.

Parfois, des phénomènes méningés terminent la scène ; ce n'est plus la mort lente et silencieuse qu'on observe parce que les symptômes de la méningite sont ordinairement bruyants (cris pendant la nuit, agitation, délire, convulsions suivies de paralysie, etc.). Certains méningitiques cependant tombent très rapidement dans le coma et succombent sans avoir présenté ni cris, ni convulsions. Il est de règle de voir la température s'élever quand se montrent les accidents méningés. Le pouls offre parfois, mais pas constamment, les inégalités si caractéristiques de la méningite des enfants plus âgés.

Nous croyons utile de faire remarquer que cette méningite des enfants au-dessous de deux ans — localisation ultime d'une tuberculose diffuse — est loin de se présenter avec les allures classiques de la méningite tuberculeuse. C'est que, lorsque les localisations pie-mériennes se produisent, l'enfant est déjà très touché ; tous ses organes sont envahis par la tuberculose et il est incapable de résister longtemps à cette nouvelle poussée du côté de l'encéphale et de ses enveloppes. Chez les enfants plus âgés, la méningite tuberculeuse se montre souvent chez des malades à peine tuberculeux (ganglions bronchiques caséifiés, quelques rares tubercules dans le foie et dans la rate) ; son évolution est, par ce fait, différente.

(1) *Bulletin médical* 1892.

Dans la description que nous venons de faire de la tuberculose diffuse, seuls les symptômes méningés paraissent être caractéristiques, et c'est après leur apparition seulement que bien des médecins portent le diagnostic de tuberculose chez ces enfants qu'ils regardaient comme des « athrepsiés ». Cependant, le faciès du malade, son extrême amaigrissement, la polyadénite superficielle généralisée qu'il présente, l'hypertrophie du foie et de la rate sont, aussi bien que les phénomènes méningés, suffisants pour permettre d'affirmer le diagnostic de tuberculose.

Dans cette énumération des principaux symptômes de la tuberculose diffuse, nous n'avons pas insisté longuement sur les troubles gastro-intestinaux. Nous croyons, en effet, que leur importance a été exagérée.

Les vomissements et la diarrhée existent fréquemment chez les tuberculeux, mais ces désordres ne sont pas sous la dépendance d'une lésion tuberculeuse des organes digestifs ; ils dépendent de l'état général.

L'entérite tuberculeuse est une rareté dans la première enfance. La diarrhée des jeunes tuberculeux est due à des infections secondaires facilitées par leur mauvais état général. Par contre, chez les enfants plus âgés, au-dessus de cinq ans, on trouve plus fréquemment des ulcérations tuberculeuses de l'intestin, et, quand chez un tuberculeux de sept, huit ans, existe une diarrhée rebelle à tout traitement, on peut affirmer l'existence d'une entérite tuberculeuse. »

Une autre forme de tuberculose de l'enfance dont la nature a longtemps échappé aux cliniciens, c'est celle qui revêt *l'apparence d'une vulgaire broncho-pneumonie.* C'est à mon ami L. Queyrat que revient le mérite de l'avoir bien mise en lumière ; il a prouvé par la culture soit des noyaux broncho-pneumoniques, soit des ganglions trachéo-bronchiques et l'examen bactériologique, que la plupart des broncho-pneumonies de la première enfance, bien qu'on ne puisse y constater macroscopiquement aucun tubercule, sont de nature bacillaire.

Toutes les considérations précédentes montrent que la tuberculose est d'une extrême fréquence au début de la vie, soit sous la forme de tuberculose diffuse chronique généralisée, d'apparence athrepsique, soit sous celle de fièvre intermittente par infection bacillaire du sang avec splénomégalie, soit sous celle de broncho-pneumonie banale.

Si les conséquences en sont peu consolantes au point de vue thérapeutique, car ce sont là des formes à peu près rebelles à tout traitement, elles offrent un grand intérêt au point de vue du diagnostic et du pronostic — et j'ajouterai de la prophylaxie. Car, si quelquefois la tuberculose infantile est vraiment héréditaire, par hérédité de la graine — comme dit Landouzy — elle l'est beaucoup plus souvent, à mon avis, par hérédité du terrain, c'est-à-dire d'un tempérament tuberculisable. Alors, la graine bacillaire étant répandue autour de nous avec une désastreuse abondance, l'infection se fait soit par l'alimentation, soit par la respiration, surtout dans les milieux pauvres par suite de la promiscuité.

P. LE GENDRE.

BULLETIN DES SYNDICATS

Les Syndicats à Paris.

Paris, le 5 avril 1892.

Très honoré confrère,

Nous avons lu il y a quelques jours avec stupéfaction un article consacré par la *Gazette des hôpitaux* à la question pleine d'actualité des syndicats médicaux, et en particulier à l'association syndicale professionnelle des médecins de la Seine. Cette question, examinée superficiellement et avec un parti-pris évident, est tranchée dans un sens réactionnaire, et l'auteur conclut qu'il considère la formation d'un syndicat médical à Paris comme « *au moins inutile* », se basant sur des raisons diverses, dont quelques-unes sont fort curieuses : ainsi, par exemple, nous apprenons que le syndicat n'est pas fait « *pour les médecins honnêtes qui sont la grande majorité à Paris* » : (ce serait alors pour les médecins malhonnêtes ? merci bien). Quoique l'argumentation soit bien faible, la notoriété scientifique de la *Gazette des hôpitaux* donne un certain poids à cet article, et nous avons cru utile de discuter et de réfuter les allégations de ce journal ; et nous avons compté pour cela sur l'accueil bienveillant de votre dévoué journal qui a toujours toutes grandes ouvertes ses colonnes pour la défense de nos intérêts professionnels.

D'abord un mot sur l'ensemble de cet article. L'auteur s'est bien gardé de prendre quelques renseignements sur les syndicats médicaux ; il s'est contenté des bruits vagues qui circulent à ce sujet, et il en a parlé à peu près comme on parlait il n'y a pas un siècle de la Chine, pays très éloigné, pas plus éloigné pourtant que le syndicat médical de la Seine pour le rédacteur de la *Gazette des hôpitaux.* D'ailleurs le ton assez dédaigneux de l'article montre que ce qui offusque surtout notre honorable confrère, c'est le mot syndicat « Fi donc ! un syndicat de médecins ! un syndicat comme les cochers, les maçons, les cordonniers ! A quoi bon ! » Et vraiment l'article peut se résumer en cette exclamation « A quoi bon ! », l'exclamation des découragés mais aussi celle des satisfaits qui trouvent que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes, et que tout va bien, puisqu'eux-mêmes ils vont bien.

Mais arrivons au détail, et voyons les raisons données, une à une. L'auteur commence par les syndicats de province, les premiers en date, et leur accorde d'abord quelque utilité, qu'il nie d'ailleurs immédiatement après, grâce au raisonnement suivant : « *Si ces associations étaient utiles, les médecins syndiqués ne seraient pas, comme ils le sont, une infime minorité.* » Notre confrère ignore probablement que des syndicats médicaux se forment de tous côtés dans un but d'union confraternelle et de défense des intérêts professionnels, rêvant de substituer à la formule « chacun pour soi », qu'il trouve si belle, celle infiniment plus élevée de « tous pour tous. » Les syndicats n'ont pas dès le début, l'assentiment de tous les médecins ? Eh ! ne faut-il pas compter avec les esprits rétrogrades, les satisfaits, les honteux et les indifférents, foule nombreuse, qui veut voir et toucher avant de croire ? Et peut-on affirmer qu'il y a là un mouvement superficiel, sans raison et sans avenir, alors qu'une Société, surtout professionnelle, le *Concours médical* compte plus de 3500 adhérents, et qu'elle a provoqué la formation des 127 syndicats connus, et publié leurs statuts et le nom de leurs membres ?

Après cette belle affirmation, vient la question du syndicat médical de Paris. La tarification des visites qui semble à notre adversaire la principale préoccupation du syndicat, quoique il n'en ait pour ainsi dire pas été question, lui permet d'exercer sa sagacité ; et l'adoption d'un tarif minimum, « *qui ne pourrait empêcher la concurrence,* » lui fait

passer devant les yeux ce tableau effroyablement sombre de M. Carnot payant le tarif minimum, tout comme le premier chiffonnier venu ; « *car*, dit-il, *toutes les visites tomberont à ce tarif minimum.* » Pourquoi la concurrence sera-t-elle si terrible après l'établissement d'un tarif minimum, c'est ce que notre confrère néglige totalement de nous apprendre. Il se borne à affirmer que ce tarif minimum serait « *un nivellement par en bas, dont les médecins seraient les premières victimes.* » Pour nous, nous ne sommes pas si pessimistes, et nous croyons au contraire que ce prétendu nivellement par en bas serait dans bien des quartiers un relèvement assez considérable qui donnerait plus de considération et d'autorité aux médecins. Car on peut citer à Paris des quartiers où la consultation est de un franc et la visite de deux francs ; il y a même des médecins qui font des visites à un franc. Dernièrement un confrère d'un quartier excentrique me disait : « Je fais des consultations à un franc ; il y a un voisin qui en fait à seize sous. » Je ne crois pas que le tarif minimum rendrait la concurrence plus dure, et il me semble que tout le monde devrait applaudir aux efforts du syndicat qui veut grouper les médecins, leur faire comprendre leur véritable intérêt, et qui, de cette façon, travaille au relèvement matériel et moral d'un grand nombre de médecins, les plus intéresants, certes, à Paris.

Quant aux malades payant un prix supérieur à ce tarif minimum non encore déterminé et qui ne le sera peut-être jamais, ils ignoreront probablement son existence et ne songeront pas plus à chicaner à ce moment-là que maintenant où ils en ont autant le droit. Et d'ailleurs en admettant que quelques-uns veuillent contester et abaisser le prix de la visite au tarif minimum, on me permettra bien de me désintéresser du sort des confrères payés dix et vingt francs et plus la visite, et de garder mon attendrissement et ma pitié pour d'autres.

Les malades indigents auront, eux, les mêmes soins que par le passé, car, quoi qu'en dise la presse politique, le corps médical est toujours animé du même esprit de charité et de dévouement.

Pour ce qui est de la grève des médecins et du fameux livre noir des mauvais payeurs, je conseille à notre honorable confrère d'exiger des droits d'auteur de la prochaine revue de fin d'année qui ne peut manquer d'exploiter ces idées extrêmement cocasses et vaudevillesques.

Le syndicat, dit ensuite notre adversaire, ne pourra être utile pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, parce qu'il ne pourra jamais tout empêcher. Autant dire au laboureur qui arrache de son champ les mauvaises herbes, qu'il fait un ouvrage inutile, parce qu'il n'arrache pas tout, et que les mauvaises herbes repoussent. Plus il y a de difficultés, plus l'intention est louable ; et les résultats ne seront peut-être pas aussi nuls que cela. En tous cas, il est « au moins inutile » d'essayer de décourager ceux qui tentent cette œuvre de salubrité. D'ailleurs, avec la nouvelle loi, le syndicat, personne civile, serait infiniment mieux armé que nous ne le sommes à présent.

Quant aux sociétés de secours mutuels, il en est d'intéressantes à qui le médecin peut consentir des sacrifices ; mais combien est-il de gens très-aisés qui profitent de l'association pour payer peu ou pas du tout leur médecin. Et pour lutter contre cet abus, que préconise notre confrère ? simplement des associations de médecins de sociétés, « *car, comment admettre*, dit-il, *que des intérêts particuliers puissent être utilement discutés par un syndicat général* ? » En d'autres termes, ce qu'il préconise, c'est l'éparpillement des forces et l'impuissance. Mais, si les médecins de sociétés voulaient exiger des honoraires plus rémunérateurs, qui empêchera ces sociétés d'offrir la place à un autre médecin qui l'acceptera ? Et n'est-ce pas au contraire un syndicat général qui, seul, aura la force et l'autorité nécessaires pour imposer plus d'équité ?

La même chose s'applique aux Compagnies d'assurances, la plupart très-riches.

Nous ne dirons rien de la *caisse de secours mutuels* dont il n'a jamais été question, et qui, par suite, ne fera pas double emploi.

Quant à l'agence de recouvrements, elle aura des chances d'être honorable, et il faut vraiment avoir le caractère mal fait pour lui jeter la pierre, sous prétexte « *qu'on en trouve beaucoup à Paris, et qu'il en est d'honorables.* »

La création d'un tribunal de médecins effarouche beaucoup notre confrère. Mais n'y a-t-il pas l'ordre des avocats, profession aussi libérale que la nôtre, qui a autorité pour juger et concilier ? Et les médecins honnêtes (pour qui, dit-il, le syndicat n'est pas fait,) n'auraient-ils pas intérêt à ce qu'on pût faire justice des charlatans qui avilissent la profession médicale ? Mais que notre confrère se rassure sur ce point qui paraît l'inquiéter : il n'a été question jusqu'à présent que du rôle conciliateur que peut remplir le syndicat ; le rôle de juge il le remplira peut-être plus tard, lorsqu'il aura l'assentiment de la majorité des médecins de la Seine ; et si les médecins pouvaient comprendre leur intérêt, ce moment serait bientôt venu.

Malheureusement, il est facile de travestir le but du syndicat ; il est facile surtout de faire vibrer une corde sensible, quoique grossière, en comparant la médecine aux professions non libérales ; et beaucoup d'esprits timides retrouveront quelque énergie pour s'écrier avec la *Gazette des Hôpitaux* : « Nous ne voulons pas être confondus avec des cordonniers, des tailleurs, des maçons », comme si nous ne faisions pas déjà une foule de choses comme tout le monde. Après avoir porté une robe ridicule et ridiculisée, ne nous habillons-nous pas comme tout le monde ? Nous avons des besoins et des devoirs matériels, nous avons la plupart femme et enfants, nous avons charge de famille, charge de corps et d'âmes ; et c'est pour cela que nous devons comme tout le monde défendre nos intérêts matériels : nier ce besoin est une hypocrisie ou une naïveté.

La beauté et l'élévation de notre profession ne résident pas là, mais bien dans notre mépris du danger, dans la façon vraiment humaine et compatissante avec laquelle nous traitons les malades, dans le désintéressement dont nous faisons preuve à l'égard des indigents. Quand au désintéressement vis-à-vis des gens aisés, ce n'est qu'une duperie.

Veuillez agréer, très honoré confrère, avec mes remercîments pour l'hospitalité que vous voulez bien accorder à cette défense de l'union professionnelle des médecins, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr P. Hervieux.

Paris, 15 avril 1892.

La loi sur l'exercice de la médecine. L'Association générale et les Syndicats.

Votée en deuxième lecture par le Sénat, la loi sur l'exercice de la médecine va revenir en discussion devant la Chambre des Députés. Nous attendrons, pour en publier le texte, qu'elle ait été définitivement promulguée, mais nous devons, dès aujourd'hui, en vue d'une nouvelle délibération, soumettre à nos confrères du Parlement les réflexions que nous suggèrent les débats auxquels nous venons d'assister.

La reconnaissance officielle des syndicats médicaux n'a été obtenue qu'après l'intervention du Président du Conseil et grâce surtout, il convient de le constater, aux pressantes instances du Directeur du *Concours médical* et des membres actifs de la société qu'il dirige. Nous ne songeons d'ailleurs nullement à atténuer la valeur des arguments défendus par M. le Dr Cézilly. L'un des premiers

dans la presse médicale, nous avons, en 1883 et 1884 (voy. en particulier *Gaz. hebd.*, 1884, p. 85 et 313) apporté au fondateur du *Concours médical* et des œuvres dont il a pris l'initiative, l'appui désintéressé du journal que dirigeait alors encore notre vénéré maître Dechambre. D'accord avec lui, nous avons défendu l'utilité de syndicats médicaux créés en vue de compléter l'œuvre si méritoire qu'a réalisée l'Association générale des médecins de France. A ceux qui contestaient la *respectabilité* professionnelle du *Concours médical*, nous avons répondu en citant des faits qui nous paraissaient de nature à faire taire toutes les objections. Et nous ajoutions (1884, p. 315) : « Que M. le Dr Cézilly s'entoure toujours de collaborateurs honnêtes et laborieux comme ceux dont nous avons lu avec intérêt les articles et les rapports ; qu'il persiste dans la voie qu'il a tracée..., ne se préoccupant que des questions morales et matérielles qui intéressent le corps médical, bientôt alors s'apaiseront certaines préventions injustes qui l'ont accueilli. »

Peu à peu, cependant, quelques syndicats médicaux nous avaient paru s'écarter de la voie primitivement tracée. Des exigences injustifiées, des mesures qui tendaient d'une part à violenter la conscience individuelle des médecins, d'autre part à troubler l'action bienfaisante exercée par l'Association générale avaient paru de nature à soulever, non contre les syndicats, mais vis-à-vis de quelques associations syndicales, une assez légitime réprobation et, le 19 décembre 1884, nous nous en faisions l'écho : « Que certains syndicats, disions-nous alors, y prennent donc garde ; en méconnaissant la liberté individuelle et le droit que conserve tout médecin de n'obéir qu'à sa conscience et de se montrer charitable tout en restant digne de l'estime de ses confrères ; en forçant leurs adhérents à n'accepter que des honoraires fixés à l'avance et tarifés par les plus anciens médecins de la localité, ils tendent à créer non point une association libérale et soucieuse d'assurer le bien-être de toute une corporation, mais une secte intolérante où ne peuvent être admis que ceux qui abdiquent leur libre arbitre et qui se soumettent aveuglément aux décisions d'une majorité inconsciente du mal qu'elle peut faire. Tous les syndicats, je m'empresse de l'ajouter, n'ont pas suivi cet exemple et, dans leurs délibérations, on ne trouve le plus souvent que des résolutions que l'on peut approuver sans réserves. Mais il nous paraissait nécessaire de prouver, par un exemple, que, dans le corps médical surtout, la liberté individuelle doit être respectée et que, si l'union fait la force, jamais la force ne doit primer ni le droit, ni surtout le bon sens. »

Si nous avons tenu à reproduire ces extraits de nos précédents articles, ce n'est pas seulement pour montrer que, de tout temps, nous avons été partisan « de l'entente mutuelle entre médecins, qu'on l'appelle syndicat ou autrement, pourvu qu'elle soit non opposée, mais bien superposée à celle de l'Association générale », c'est surtout pour répondre à quelques-uns de nos correspondants qui, avec une bienveillance dont nous les remercions, nous ont demandé les motifs pour lesquels nous avions accepté de faire partie de l'*Association syndicale des médecins de la Seine*. Avec plusieurs de nos plus honorables confrères, nous avons tenu, en effet, à encourager une œuvre de solidarité professionnelle dont nous aurons prochainement à montrer la raison d'être et l'utilité pratique. Nous avons voulu, en lui donnant notre adhésion, rendre justice aux louables efforts de ceux qui l'ont créée et affirmer avec eux qu'elle n'a jamais eu et n'aura jamais pour objet d'imposer à ses adhérents soit un tarif d'honoraires minimum, soit une mesure quelconque pouvant enchaîner leur liberté ; qu'elle tient exclusivement à resserrer entre tous ses membres les liens de bonne confraternité qui devront toujours les unir ; qu'elle s'efforce d'apaiser les conflits qui peuvent survenir entre eux et qu'elle y a déjà réussi ; enfin qu'elle veut lutter avec énergie contre l'exercice illégal de la médecine et contre certaines tendances, aussi fâcheuses que préjudiciables à la bonne renommée du corps médical, qui tendent à s'introduire parmi nous. Si tous les médecins qui n'auront jamais besoin de recourir aux bons offices du syndicat médical de la Seine se faisaient inscrire parmi ses membres pour contribuer à assurer la bonne renommée de cette nouvelle association, il n'est point douteux que de ce concours de bonne volonté ne naisse prochainement un progrès réel.

Ceci dit en ce qui concerne les syndicats en général, nous n'avons point à insister pour approuver l'article 14 qui consacre leur existence légale. Mais nous tenons à remarquer, que, pour faire adopter cet article, M. Cornil, rapporteur de la loi, M. le sénateur Trarieux et le Président du Conseil ont insisté sur les services rendus par l'Association générale des médecins de France qui n'est point encore reconnue d'utilité publique et qui pourrait, si l'on n'insistait point à ce sujet, ne pas obtenir les faveurs que la loi nouvelle accorde aux syndicats. Pour montrer combien il importe de bien préciser à cet égard et les textes de loi et leurs commentaires, rappelons ce qui vient d'être constaté devant le Sénat : « L'Association générale des médecins de France, dit M. Cornil, a demandé la personnalité civile et je ne sais pas si elle l'a encore obtenue. Et cependant, vous le savez tous, Messieurs, cette association, qui comprend tous les médecins de France et qui a dans chaque chef-lieu de département une société locale, cette association fait beaucoup de bien non seulement aux médecins qui tombent dans la misère, mais à leurs veuves et à leurs enfants ; c'est une association charitable et philanthropique entre toutes. » Et M. Bardoux ayant interrompu pour déclarer que l'Association n'a point la personnalité civile (1), M. le rapporteur ajoute : « Quand nous n'aurions que cet avantage dans l'article 14, ce serait déjà beaucoup. » Plus tard, lorsque le Président du Conseil insista lui-même pour faire voter l'article 14 : « Ce que demandent les médecins, disait-il, c'est leur constitution en syndicat légal en vertu de la loi de 1884. Or, ces syndicats existent en fait. On vous rappelait tout à l'heure l'existence d'une grande société qui compte 3,000 membres, 7,000 même, me disait M. le commissaire du gouvernement et dont le siège est à Paris, mais je puis ajouter qu'à côté de cette grande société il y en a d'autres qui fonctionnent depuis longtemps dans presque tous nos départements. Quel est donc leur objectif ? Je ne crois pas m'avancer beaucoup en affirmant que toutes ces sociétés n'ont pour moi que deux buts dont elles n'ont jamais dévié. Le premier, c'est d'établir entre tous les membres qui les composent des liens de confraternité, d'assistance, de secours en cas de malheur (2).... »

C'est donc, on ne saurait le nier, l'Association générale qui a été visée et qui, par les bienfaits qu'elle répand autour d'elle, a déterminé le vote de l'article 14. Or, l'Association sera-t-elle autorisée, comme les syndicats médicaux, à bénéficier de ce vote ? La question reste douteuse. Elle ne le serait pas si l'article 14 était rédigé de la manière suivante : « Les médecins, chirurgiens, dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer *en associations et syndicats* dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs

(1) J'avoue ne pas comprendre au *Journal officiel* la réponse de M. Cornil : « Elle l'a maintenant. »

(2) Il s'agit bien, on le voit, de l'Association générale qui comprend, non 3,000 ni même 7,000, mais plus de 8,000 membres, comme l'a bien dit M. Trarieux, association qui n'est pas seulement tolérée, mais bien approuvée, et qui cependant ne peut obtenir la reconnaissance d'utilité publique par suite de l'imperfection de la loi qui régit les Sociétés de secours mutuels.

intérêts professionnels. » Cette rédaction serait d'autant plus logique que l'article 18 spécifie « que les associations régulièrement constituées et les syndicats... » pourront intervenir directement par la poursuite de l'exercice illégal de la médecine.

Il importe qu'avant le vote définitif de la loi, la situation de l'Association générale soit bien définie. On ne peut admettre, comme l'a dit M. Trarieux, qu'elle n'existe « que par tolérance, qu'elle soit hors la loi ». Non ! l'Association est régulièrement constituée, approuvée et autorisée. Mais elle n'a pas la personnalité civile et le Conseil d'Etat refuse de lui attribuer les legs qu'elle reçoit parce qu'elle est une fédération de Sociétés locales. C'est cette situation qu'il importe de régulariser.

Un mot encore au sujet de l'article 9 auquel ont été ajoutées les dispositions suivantes : « Il est interdit d'exercer sous un pseudonyme les professions ci-dessus, sous la peine édictée à l'article 19. » On ne saurait trop applaudir à l'adoption de cet article. Il aura pour effet de supprimer les charlatans éhontés qui, sous les pseudonymes les plus divers, abusent journellement de la crédulité publique. Nous espérons même que le jour où l'on poursuivra ceux qui, *pour exercer*, appliquent sur leur porte une plaque portant un nom abusivement précédé du titre de docteur, on poursuivra également ceux qui, dans les journaux de médecine, signent des réclames ou des articles d'un nom et d'un titre qui n'ont pour but que de tromper leurs lecteurs. Comme l'a dit récemment le Dr Jamin (*Journal de médecine de Paris*, p. 190) : « Il est admis qu'aucun citoyen français, quelle que soit sa profession, ne peut changer de nom sans en avoir obtenu l'autorisation du gouvernement conformément à la loi. Et la raison de cette interdiction est simple : Le législateur a voulu que l'homme portât la responsabilité de sa vie. La bonne renommée attachée à son nom le désigne à l'estime de ses concitoyens, comme sa mauvaise réputation les avertit de se tenir sur leurs gardes. » Le jour où l'on appliquera partout les règles déontologiques que la probité la plus élémentaire reconnaît indispensables, point ne sera besoin de beaucoup d'efforts pour assainir le corps médical. Si les syndicats récemment créés veulent marcher résolument dans cette voie, nous continuerons à ne pas leur marchander notre appui.

L. Lereboullet.

(*Gazette hebd. de médecine*).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

3705. — M. le Dr Cadenaule, de St-Ciers-la-Lande (Gironde), présenté par M. le Dr Dunan.

3706. — M. le Dr Tauziac, de Cartelègue (Gironde), présenté par M. le Dr Dunan.

3707. — M. le Dr Duguing, de St-Giron (Gironde), présenté par M. le Dr Dunan.

3708. — M. le Dr Pothier, de Chaumes (S.-et-M.), présenté par M. le Dr L. Moser.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr Maréchal (Edmond), chevalier de la légion d'honneur, de Quingey (Doubs), et de M. le Dr Berlingeri, de Bastia (Corse), membres du « Concours médical ».

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine
4, rue Antoine-Dubois, 4

Libraire-éditeur du « **Concours médical** », la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

La *Société d'Editions scientifiques*, établie sur les bases de la **Mutualité**, a pour principe de partager par moitié, entre les Auteurs et elle, *tout bénéfice* résultant de la vente des ouvrages.

Nous extrayons de la « *Revue des livres et de la Presse* » les deux notions bibliographiques suivantes :

Georges Demeny. — **L'éducation physique en Suède**, par M. Georges Demeny, chef du Laboratoire de la station physiologique (annexe du Collège de France), rapporteur de la Commission de gymnastique au Ministre de l'Instruction publique, chargé de missions par le Ministère. (*Société d'Editions scientifiques*). Un volume in-18 de 105 pages, un graphique, prix : 2 fr. 50.

Il y a quelques mois, M. Georges Demeny faisait dans la salle de la Société de géographie une série de conférences sur l'enseignement de la gymnastique. M. Demeny avait été chargé l'hiver précédent d'une mission du ministère de l'Instruction publique dont le but était l'étude des procédés d'enseignement de la gymnastique dans les pays du Nord et notamment en Suède, c'est le compte rendu de cette mission qu'il exposait, et qu'il résume dans le petit volume que nous présentons. La gymnastique est extrêmement répandue en Suède. C'est un art scrupuleusement enseigné dans tous les établissements d'éducation depuis l'école primaire jusqu'aux Universités.

La gymnastique médicale est également pratiquée et arrive à des résultats extraordinaires de guérisons. Une conséquence de cette habitude des exercices physiques à tous les degrés de l'échelle sociale, c'est qu'on ne rencontre en Suède qu'un nombre très minime de boiteux, de bancals, de bossus, en un mot de malformés, la population est remarquablement belle et vigoureuse et ce résultat est dû évidemment à la pratique rationnelle de la gymnastique. Franco 2 francs pour MM. les membres du Concours.

Horace Blanchon. — **Nos grands médecins d'aujourd'hui**, par M. le docteur Horace Blanchon (*Société d'Editions scientifiques*). Un beau volume in-8 de 500 pages sur beau papier, orné de magnifiques portraits en sanguine. Prix : 10 francs.

Ce volume, dont la deuxième édition vient de paraître, a été un succès de librairie, il donne non seulement une biographie succincte de nos grandes personnalités médicales, mais chacune de ces biographies est accompagnée d'un très beau portrait. C'est un ouvrage de luxe. On sait l'intérêt que présentent en général les biographies de personnages dont on entend souvent parler, à plus forte raison de célébrités médicales dont les travaux, les cures, les guérisons sont cités journellement par la Presse. Les médecins loin de Paris aimeront à avoir chez eux, les portraits de leurs professeurs ou de leurs anciens camarades. Notons toutefois que l'auteur met souvent une pointe de critique dans ses biographies, il fait ressortir et montre d'une façon amusante, pour les lecteurs, les petits défauts des grands hommes dont il parle. Net 8 francs franco pour MM. les membres du Concours.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année | N° 19 | 7 Mai 1892

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Élimination phosphatique dans les maladies nerveuses.

M. *Féré*, ayant cherché à vérifier chez des hystériques la formule de l'inversion des phosphates, telle qu'elle a été proposée par MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau, a pu constater que cette inversion manquait à la suite de paroxysmes hystériques nets, et qu'elle pouvait être présente au contraire à d'autres moments. Il s'en faut donc que ce signe soit uniformément utilisable pour le diagnostic.

Cette inversion a été vue également dans l'ataxie, la neurasthénie et l'épilepsie convulsive. M. Féré, ayant examiné à ce point de vue deux épileptiques en dehors des attaques, a trouvé le phénomène inconstant ; donc sa valeur est loin d'être fixée au point de vue séméiologique, et il n'est par exemple guère utilisable pour le diagnostic de l'hystérie et de l'épilepsie.

M. *Voisin* (*Soc. de Biol.*) vient de s'élever aussi contre la valeur attribuée au syndrôme urologique de G. de la Tourette.

Association de la digitale, de l'ergotine et de l'iodure de potassium contre l'asystolie cardiaque.

M. *Albert Robin* conseille dans les maladies organiques du cœur l'association à la digitale de l'ergotine et de l'iodure de potassium sous la forme suivante :

Poudre de feuilles de digitale..... 0.60 centigr.
Faites macérer dans :
Eau..... 200 gr.
Ajoutez :
Iodure de potassium..... 6 gr.
Ergotine Bonjean..... 2 gr.
Edulcorez avec :
Sirop des cinq racines..... 50 gr.

La digitale à faible dose ralentit le pouls et augmente la tension artérielle. Comme l'accélération des battements du cœur tient chez les cardiaques asystoliques à la diminution de la résistance artérielle, ainsi que l'a établi Marey, l'ergotine en augmentant la tension ralentira les battements. L'iodure a une action spécifique sur la circulation cardiaque et artérielle, et il n'est pas toxique à doses modérées. (*Union médicale.*)

Le traitement de la chorée dans les hôpitaux de Paris.

Dans la *Semaine médicale*, 1892, n° 13, M. Marcel Baudouin a exposé les résultats de son enquête.

D'après M. le professeur *G. Sée*, dans les cas ordinaires, l'antipyrine et l'arsenic sont les substances qui procurent le plus rapidement un bon résultat ; mais dès qu'on peut soupçonner le rhumatisme, c'est à l'antipyrine associée au salicylate de soude qu'il faut avoir recours. M. G. Sée recommande aussi les bains sulfureux. Dans les chorées cardiaques, M. Sée ordonne d'abord le chloral et l'hydrothérapie, associés à des médicaments cardiaques : iodure de potassium et surtout iodure de calcium.

La chorée vulgaire, de l'avis de M. *Gilbert Ballet*, tend spontanément vers la guérison ; il faut donc s'abstenir de toute médication perturbatrice. Il repousse l'antipyrine.

L'arsenic à doses modérées (10 à 12 gouttes par jour de liqueur de Fowler chez les enfants au-dessus de dix ans ; 6 à 8 gouttes au-dessous de cet âge). La gymnastique est rarement utile. Les toniques et le fer sont très utiles chez les choréiques anémiques. M. Ballet réserve les pulvérisations d'éther le long de la colonne vertébrale pour les cas intenses. Quant aux bromures, ils ne sont actifs que dans les formes compliquées de troubles psychiques, d'hallucinations. Une bonne hygiène, alimentation reconstituante, absence de fatigue, promenades courtes au grand air, voilà ce qu'il y a de mieux à prescrire.

Chez les enfants, selon M. *Déjerine*, toute médication spéciale est inutile. Il se borne à recommander les toniques ; il y ajoute le massage, les

bains salés, la gymnastique suédoise, les frictions sèches. Il insiste sur la nécessité d'une bonne hygiéne.

M. *Joffroy*, dans les formes légéres ou de moyenne intensité, s'attache particulièrement à faire dormir les enfants un grand nombre d'heures ; dans ce but, il prescrit à la fin des trois repas de la journée 1 gramme, 1 gr. 50, 1 gr. 75 (suivant l'âge) de chloral hydraté dans du sirop ou de la gelée de groseilles.

Pendant que les enfants sont levés, il faut éviter toute fatigue, toute excitation physique ou intellectuelle.

Dans les cas plus graves, l'antipyrine est inefficace. Il faut recourir alors à l'enveloppement dans le drap mouillé, à deux reprises, dans la journée.

Pour les cas graves, M. Joffroy recourt au drap mouillé, à l'antipyrine et aux lotions avec une solution antiseptique.

C'est l'antipyrine qui satisfait le mieux M. *Albert Robin*. Il la donne aux doses maxima de 2 grammes par jour, en quatre prises de 50 centigrammes associées chacune à 25 centigrammes de bicarbonate de soude. On l'administre pendant huit à quinze jours, puis on la remplace par l'arséniate de soude en solution à 5 centigrammes pour 300 grammes d'eau, dont on fait prendre deux cuillerées à soupe par jour. Cette solution épuisée, on revient à l'antipyrine, et ainsi de suite.

M. *Raymond* pense qu'on ne peut compter que sur deux médicaments : le chloral et l'antipyrine ; l'acétanilide lui a réussi dans quelques cas.

M. *Luys* a un traitement des plus simples. Toute la thérapeutique de la chorée tient dans ces quelques mots : transfert par les aimants et par les miroirs rotatifs.

M. *Sevestre* ne croit pas qu'on puisse juguler la chorée ; mais on peut en atténuer les symptômes, et quelquefois abréger sa durée. Il donne la préférence à l'antipyrine. Il commence par la dose de 1 à 2 grammes par jour (par prises de 50 centigrammes en solution dans l'eau sucrée), et arrive assez rapidement à 3 ou 4 grammes par jour. En même temps, il donne de l'arsenic, il emploie soit la liqueur de Fowler (6 à 12 gouttes par jour), soit la solution d'arséniate de soude (deux à trois cuillerées à café d'une solution de 5 centigrammes pour 250 grammes d'eau). Il faut éviter toutes les causes d'excitation, et même, au besoin, isoler le malade.

M. *Ollivier* fait surtout masser ses choréiques, et il est très satisfait des résultats obtenus par ce moyen. D'une façon générale, il prescrit le fer, l'arsenic et l'hydrothérapie.

M. *d'Heilly* insiste surtout sur l'hygiène, les toniques ; il recommande un sommeil prolongé. Dans les cas légers, l'arsenic, le fer, les amers, les bains de Baréges suffisent. Dans les cas intenses, c'est l'antipyrine et le chloral qui réussissent le mieux.

C'est M. *Legroux* qui, le 27 décembre 1887, a fait connaître à l'Académie de médecine les bons résultats obtenus par l'antipyrine. M. Legroux continue à avoir recours à ce médicament (4 grammes, par jour). Selon lui, l'antipyrine améne la guérison en quinze à vingt jours, à la dose de 3 à 4 grammes dans des sirops de punch (chaque gramme étant pris à chacun des repas). Chez les hystériques, le bromure (2, 3, 4 grammes par jour, aux repas) et les douches froides donnent les meilleurs résultats.

Pour M. *Comby*, il y a deux séries d'indications dans la chorée vulgaire : 1° faire de l'hygiéne morale : isoler l'enfant en le soustrayant au milieu scolaire, et mettre son esprit au repos ; 2° viser la sédation du système nerveux. M. Comby essaye d'abord le bromure de potassium à la dose de 2, 3, 4 grammes par jour, suivant l'âge, et les douches froides quotidiennes très courtes. Si la maladie résiste, il a recours à l'antipyrine (2 à 3 grammes) ou à l'arsenic.

M. *Jules Simon* conseille : 1° Dans les premiers jours, le séjour au lit pendant une quinzaine, une révulsion sur le dos, dans la partie supérieure, à l'aide de frictions chaudes ou de cataplasmes sinapisés, ou de ventouses séches, cela tous les jours ; l'usage des préparations d'aconit et de ciguë dans la proportion de 10 à 15 gouttes en vingt-quatre heures.

2° Au bout de quinze jours, l'enfant doit se lever, et M. Simon administre l'antipyrine à doses progressives (1, 2, 3. 4, 5 grammes en vingt-quatre heures). Cette médication est continuée pendant plusieurs semaines.

3° A la fin, quand les mouvements sont très atténués, il faut avoir recours à la gymnastique rythmique.

En même temps, M. Simon prescrit des toniques peu excitants, comme les bains salés, les frictions sèches, etc. Mais il interdit le séjour au bord de la mer.

Le tænia inerme et son traitement chez l'enfant.

Le docteur *Baumel* (Clinique de l'hôpital Saint-Eloi, de Montpellier) énumère un certain nombre de tænifuges qu'il dut employer dans un cas de tænia rebelle avant d'obtenir un succès ; l'enfant avait six ans et rendait des anneaux de tænia inerme.

On lui ordonna d'abord :

Semences de courges mondées ... 20 grammes
Sucre .... 25 —
Lait .... 60 —

A prendre en une fois, le matin à jeun ; et deux heures après, commme purgatif :

Huile de ricin .... 15 grammes

L'enfant rendit un fragment de tænia long de 40 centimètres.

Douze jours après, on prescrivit la potion suivante :

Ecorce fraîche de racine de grenadier 20 grammes
En décoction, après macération
pendant douze heures dans :

Eau .... 400 grammes
Sucrez et aromatisez avec :
Essence de citron .... x gouttes.

Enfin, deux heures aprés :

Huile de ricin .... 15 grammes

Résultat absolument négatif. Huit jours après on en vint à la pelletiérine :

Sulfate de pelletiérine .... 0 g. 06
Tannin .... 0 » 10
Potion gommeuse .... 150 » 00

A prendre en trois fois, à une demi-heure d'in

tervalle ; et deux heures après, le purgatif suivant :

Follicules de séné .... 5 grammes

En infusion dans :

Eau .... 150 grammes
Sirop d'écorce d'orange amère.... 50 —

A prendre en une seule fois.

Le résultat fut également nul.

On essaya de nouveau du sulfate de pelletiérine à la dose de 10 centigrammes, et l'enfant ne rendit que quelques cucurbitins ; puis, à trois reprises, l'écorce fraîche de racines de grenadier, aux doses de 35, 25 et 15 grammes, qui n'eurent d'autre résultat que de faire vomir l'enfant sans expulsion d'aucun fragment de tænia.

Enfin, trois mois plus tard, décidé à épuiser toute la série des tænifuges, M. Baumel conseille l'émulsion suivante :

Huile éthérée de fougère mâle. } ââ 3 grammes.
Teinture de vanille........... }
Sirop de térébenthine .... } ââ 25 —
Eau .... }
Gomme arabique pulvérisée..... 2 —

A prendre, en une seule fois, dans une quantité égale de lait ; et deux heures après :

Huile de ricin.................. 15 grammes

L'enfant expulsa enfin un tænia inerme long de 5 m. 85.

Seule, l'huile éthérée de fougère mâle a été efficace ; M. Baumel n'hésite donc pas à la prescrire en variant les doses suivant l'âge de l'enfant, et en observant les recommandations suivantes : la veille, nourrir peu le malade ; le soir, lui donner une tasse de lait ; recommander ensuite, quand il ira à la selle, de le mettre sur un vase d'eau tiède, et surtout de ne jamais tirer sur le ver à demi expulsé.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

Le traitement de la pleurésie à l'Académie de médecine.

La discussion a continué par la manifestation des opinions de MM. G. Sée, A. Guérin, Peter.

M. *Germain Sée* pose tout d'abord la question suivante : Médication ou expectation ?

Les médications intenses, l'acide salicylique, les diurétiques comme la digitale, les sudorifiques comme la pilocarpine, les purgatifs drastiques ou salins n'ont aucune espèce d'action. Le lait lui-même, qui est un diurétique puissant, n'agit ici que comme aliment facile à digérer et à absorber. L'expectation est la seule méthode rationnelle, car la pleurésie séro-fibrineuse parcourt régulièrement ses phases dans l'espace de deux à trois semaines. Jusque-là toute intervention médicale est inutile.

On sait maintenant que la pleurésie n'est presque jamais une maladie essentielle. D'après les recherches récentes, celles de Landouzy, de Lévy, elle est, 68 fois sur 100, pré-tuberculeuse. Même dans ces cas, elle reste séro-fibrineuse et ne suppure pas. Dans d'autres cas, la pleurésie séro-fibrineuse est souvent encore symptomatique et produite soit par le bacille typhique, soit par le pneumocoque.

Dans ces conditions on ne voit pas bien ce que peut faire le vésicatoire et l'on en a vraiment abusé. M. Duguet a communiqué un cas où, dans l'espace de deux mois, on a posé 140 vésicatoires ; dans un cas de M. Spillmann on a mis, sans succès, 42 vésicatoires.

La saignée n'a et ne peut avoir aucune action sur l'exsudat, et, par contre, affaiblit le malade.

L'expectation est donc la seule méthode rationnelle, il ne faut intervenir que lorsque la pleurésie a parcouru son cycle, c'est-à-dire après deux ou trois semaines. Si à ce moment le liquide ne se résorbe pas, il faut ponctionner. Et si la ponction est faite avec des instruments propres, on n'a pas à craindre la transformation purulente, car les espèces microbiennes sont immuables.

Il est évident que, lorsqu'il existe une grande quantité de liquide dans la plèvre, il faut ponctionner. Il est toujours difficile d'évaluer exactement la quantité d'épanchement, et le seul signe certain, c'est le déplacement du cœur et du foie.

Enfin la ponction est indiquée d'urgence dans la dyspnée, mais seulement dans la dyspnée asphyxique, car il faut savoir que la ponction ne soulagera pas le malade quand il s'agit d'une dyspnée réflexe ou thermique.

D'après M. *A. Guérin*, on peut définir l'inflammation des membranes séreuses une invasion exagérée des éléments du sang dans le territoire lymphatique. Les études faites pour démontrer la continuité du système artériel avec le système lymphatique permettent de voir sur la plèvre un phénomène en tout semblable à l'épanchement pleurétique. Une lymphangite ou une pléthore des vaisseaux lymphatiques entravant la circulation dans les capillaires fait admirablement comprendre les épanchements fibro-séreux et sanguins.

Si la pleurésie aiguë était traitée par les émissions sanguines, les vésicatoires, etc., en revenant à la thérapeutique de Laënnec et des maîtres qui l'ont imité, on aurait de plus rares occasions de pratiquer la thoracentèse. Si l'empyème est fréquent, ce n'est pas parce que l'on ponctionne la plèvre mal à propos, mais parce que l'on n'a pas combattu le début de la pleurésie par une thérapeutique active et rationnelle.

Telle est aussi, sur ce dernier point l'opinion de M. *Peter*. Ce qui a changé dans la pleurésie, dit-il, ce n'est pas la constitution médicale, mais la médication, et pour le traitement de la pleurésie aiguë franche, la médication ancienne doit être conservée. Dès qu'apparaît le point de côté, qui précède l'épanchement, on a quelques heures pendant lesquelles on peut agir, en combattant la fièvre et la fluxion ; aussi nos devanciers pratiquaient-ils d'abord une saignée générale, puis des saignées locales, suivies un ou deux jours plus tard d'un large vésicatoire. De la sorte, l'épanchement était médiocre et la durée était courte, ainsi que cela résulte de 31 cas soignés en un an environ par Andral et par Bouillaud. Or, aujourd'hui bien des médecins font de l'expectation pure ; les plus audacieux appliquent un Rigollot ; si le point de côté est intense, on donne une injection de morphine. C'est de là que résultent les vastes épanchements, de plus en plus fréquents, et de plus en plus souvent purulents ; et de 1889 à 1891, à l'hôpital Necker, la mortalité de la pleurésie a été de 7 %, alors que pour Andral et Bouillaud elle était de 3 %.

Lorsque l'épanchement est moyen (500 à 1000 grammes), la médication révulsive suffit à la

guérison. Lorsque l'épanchement dépasse ce chiffre, qu'il atteint 2.000 grammes et davantage, que les viscères (cœur ou foie) sont déplacés, il est nécessaire de pratiquer la ponction. Même dans ces cas, la résorption peut se faire et la guérison s'obtenir par l'application successive des vésicatoires, alors que la maladie n'a pas dépassé le troisième septénaire, et qu'il existe encore de la fièvre. On pourrait citer de nombreux cas où la thoracentèse a pu être évitée alors qu'elle avait semblé urgente, la pleurésie n'ayant pas encore atteint le 20e jour. Passé le 20e jour, M. Peter évacue le liquide, et, comme Trousseau et M. Proust, lentement et en une seule séance. Comme M. Dieulafoy, il ponctionne, alors même qu'il y a de la fièvre, quand l'épanchement est très abondant et les viscères déplacés, car alors, — surtout par lésion des plexus pulmonaires postérieurs, — la mort subite est à craindre.

Infections à portes d'entrée cutanées chez l'enfant.

M. R. *Saint-Philippe* (de Bordeaux) insiste sur ce fait que les principales portes d'entrée des infections microbiennes chez les nouveau-nés sont, en premier lieu, la plaie ombilicale, puis les ulcérations des malléoles, ou du talon, les érosions consécutives à l'érythème, les plaies vaccinales et enfin l'impétigo. Aussi, pour mettre autant que possible les nouveau-nés à l'abri des microbes pathogènes, faut-il veiller avec le plus grand soin à l'asepsie parfaite de toutes leurs lésions cutanées.

DERMATOLOGIE PRATIQUE

De l'acné inflammatoire.

Bien que l'acné soit une maladie généralement bénigne, elle est parfois si tenace et souvent si désagréable pour le patient qu'on ne saurait trop y prêter d'attention. Aucune dermatose n'est peut-être plus difficile à guérir et, si jamais on a pu dire que le nombre des remèdes proposés démontrait la difficulté de curation d'une maladie, c'est bien à l'acné que l'aphorisme est applicable.

Pour quelles raisons donc les malades veulent-ils tant être débarrassés d'une affection non douloureuse, en somme, et sans retentissement sur l'organisme, à pronostic toujours favorable ? En voici l'explication.

L'acné est une maladie *de la jeunesse*. Débutant à la puberté, elle sévit avec intermittence, mais sans jamais rétrocéder d'une manière définitive, avant l'âge mûr.

Se manifestant d'abord au *front*, puis aux *joues* et au *menton*, elle envahit les *épaules* et la *région sternale*. Sa *durée* est parfois très longue ; elle peut persister des années entières. Sa *ténacité* résiste parfois à tous les traitements. Enfin sa *confluence* peut être telle qu'elle peut enlever à ceux qui en sont atteints les moyens de gagner leur vie, tant elle peut les rendre hideux et repoussants (domestiques, ouvriers, etc...)

Nous entendrons par acné : une dermatose résultant de l'*inflammation des glandes sébacées et des follicules pileux* qui y sont annexés. Cette inflammation s'accompagne de gonflement, de rougeur ; il en résulte bientôt l'apparition d'une *papule* se terminant par résolution ou par suppuration.

Cette dernière est de beaucoup la plus fréquente.

Le pus se collecte en ampoule au sommet de la *papule*, qui devient ainsi une *papulo-pustule*.

Si l'inflammation est considérable, les glandes et les follicules pileux finissent par se désorganiser et la réparation du tégument ne peut se faire qu'au prix d'une cicatrice.

Si, au contraire, elle est peu intense, la résorption se fait progressivement, les glandes et les follicules revenant à l'état normal.

On peut réduire à quatre les types d'éléments éruptifs de l'acné inflammatoire.

1° Type *papuleux*. — Petite élevure au-dessus des téguments, rougeâtre, sèche, du volume d'une tête d'épingle.

2° Type *pustuleux*. — L'élevure est surmontée d'une petite collection purulente.

3° Type *induré*.— Plus grand volume, plus forte induration de la base. Exagération du précédent.

4° Type *noueux*. — Ni rougeurs, ni papule, ni papulo-pustule. Léger soulévement étalé du tégument : au-dessus, nodosité d'abord ferme, puis ramollie, *adhérente* à la peau. Si on le perce, il en sort du pus.

Le plus souvent, la maladie présente deux, trois et même quatre de ces éléments éruptifs à la fois ; il est rare que l'acné ne se compose que d'un seul de ces types.

L'éruption ne se fait pas généralement en une fois. Chaque élément isolé dure peu, mais la maladie dure longtemps, parce qu'incessamment se reproduisent des éléments nouveaux et l'affection présente dans son ensemble des éléments jeunes ou adultes à côté d'autres, périmés et cicatrisés.

On reconnait à la maladie 3 *formes* : légère, moyenne, confluente.

La forme *légère* est caractérisée par le petit nombre des boutons et la bénignité des éléments.

Dans la forme *moyenne*, les éléments sont plus nombreux, revêtent les formes papuleuse, papulo-pustuleuse, indurée et noueuse.

La forme *confluente* n'est que l'exagération de la précédente. La peau revêt un aspect rouge, turgescent, congestif, bourgeonnant.

L'acné peut quelquefois retentir sur la santé générale, par troubles nerveux. Cette complication est du reste assez rare.

En résumé, nous voyons que l'acné inflammatoire est une affection boutonneuse, constituée par des papulo-pustules hémisphériques, du volume d'une tête d'épingle, caractérisée : 1° par son siège ; 2° son polymorphisme ; 3° sa chronicité ; 4° ses répétitions ; 5° l'âge des malades auxquels elle s'adresse.

Il semblerait donc que le *diagnostic* d'une pareille affection ne dût jamais être épineux. Il n'en est pas tout à fait ainsi.

Il faut d'abord savoir que la *modalité* acnéique n'appartient pas uniquement à l'acné-maladie. La couperose, la syphilis forment de l'acné, tout autant que l'iodure et le bromure de potassium ou l'intoxication par l'oxyde de carbone peuvent en déterminer. Le seul diagnostic différentiel méritant qu'on s'y arrête est celui de l'acné avec le *syphilide acnéiforme*. La confusion a été faite, même par des dermatologistes et non des moins éminents. On conçoit la gravité des conséquences qui peuvent en découler.

Voici sur quelles bases M. le professeur Four-

nier appuie le diagnostic, en pareille occurrence.

Acné vulgaire.	**Syphilide acnéiforme.**
Eruption papulo-pustuleuse à caractère congestif, inflammatoire ; non ou peu croûteuse ; polymorphe (papules, papulo-pustules, acné indurée, noueuse, comédons) ;	Eruption papulo-pustuleuse moins congestive et moins inflammatoire ; à croûtelles brunes ou ambrées ; monomorphe (absence de papules, d'acné noueuse, de comédons).
Méthodiquement dispersée, avec sièges de prédilection.	Non méthodiquement dispersée ; sans sièges de prédilection.
Permanente, à évolution chronique.	Transitoire et relativement aiguë.
Syphilis par simple coïncidence.	Antécédents syphilitique et coexistence habituelle d'autres manifestations syphilitiques.

L'étiologie de l'acné, en dépit de nombreuses données actuellement acquises, est encore assez obscure. Si certaines acnés sont liées d'une façon bien évidente à des causes déterminées, d'autres ne s'expliquent par rien. Hébra (de Vienne) a même été jusqu'à dire qu'en fin de compte il ignorait les causes véritables de l'acné.

On sait cependant que l'acné ne dérive pas de conditions fortuites, extérieures, qu'elle n'est pas contagieuse, qu'elle doit être considérée comme une affection individuelle, personnelle, que l'organisme prépare, élabore, entretient sous certaines influences, qu'elle est héréditaire et constitue une maladie de famille.

L'acné est fréquente chez les scrofuleux, les lymphatiques, les débilités, les anémiques.

L'acné accompagne souvent la dyspepsie, la gastralgie, la constipation. Le professeur Bouchard l'a notée dans la dilatation de l'estomac et l'on doit au docteur Barthélémy un intéressant travail sur la question.

Enfin, l'acné est souvent en rapport avec des troubles des organes génitaux, des fonctions menstruelles (aménorrhée ou dysménorrhée), et des affections utérines.

D'autre part, on doit attribuer dans la genèse des affections acnéiques une grande place à l'alimentation; les écarts de régime ou même une nourriture excessive, trop stimulante, congestionnent la peau.

Enfin le climat, l'air marin, les bains de mer sont nuisibles.

Si j'ai autant insisté sur l'étiologie, c'est qu'elle commande le *traitement*. Celui-ci est fort délicat. Tel acnéique guérira avec telle médication qui verra son affection empirer avec telle autre.

La thérapeutique de l'acné doit s'adresser: 1° à toutes les causes possibles de l'acné; 2° à tous les états morbides qui y sont annexés. D'après ce que nous avons indiqué plus haut, on reconnaît à l'acné des causes générales et des causes permanentes. Il faudra donc, avant tout, étudier les antécédents du malade, sa constitution, son tempérament, son régime, examiner l'état du tube digestif, les fonctions des organes génito-urinaires.

On soumettra donc les *dyspeptiques* à un traitement approprié, et on évitera la constipation.

Une recommandation en passant: Il est très important que les acnéiques *n'aient pas froid aux pieds*. Ce symptôme est très fréquent en effet chez eux et on doit chercher par tous les moyens possibles à le faire disparaître.

La rhinite chronique est aussi une fréquente cause d'acné. On devra donc vérifier *l'état des fosses nasales*.

Si le sujet est *lymphatique*, je conseille à l'intérieur la glycérine et l'huile de foie de morue à petites doses (2 c. à soupe par jour).

Contre l'anémie, les ferrugineux associés à l'arsenic donnent de très bons résultats.

Enfin, s'il est *arthritique*, le sujet se trouvera bien de la médication alcaline.

Mais il n'existe pas à proprement parler de *spécifique* contre l'acné.

Du reste, dans la majorité des cas, le traitement local seul ou associé au traitement général sera surtout efficace. Le traitement local devra varier suivant le plus ou moins de finesse et d'irritabilité de la peau du sujet. On devra *toujours* débuter par des préparations faibles et ne recourir que graduellement aux préparations fortes. N'oublions pas, en effet, que l'acné, avons-nous dit, est une affection *toute personnelle*, et qu'il est indispensable de tâter la susceptibilité des téguments du malade.

En cas de poussée inflammatoire, on devra se borner à des lotions calmantes (décoction de têtes de camomille, racines de guimauve, etc.), et à l'application de vaseline ou de cold-cream. Au bout de quelques jours, on pourra essayer les lotions biquotidiennes d'eau chaude additionnées d'un peu d'eau de Cologne ou d'alcool camphré.

Enfin, on oindra les téguments ainsi *préparés* avec la pommade suivante :

Acide salicylique	0.50
Borate de soude	āā 1 gram.
Naphtol β	āā 1 gram.
Oxyde de zinc finement pulvérisé	3 gram.
Vaseline pure	50 gram.

(Bien mêler.)

Si l'amélioration n'est pas suffisante, les téguments ne s'enflammant toujours pas, on pourra prescrire des lavages bi-quotidiens à l'eau très chaude et au savon vert de potasse additionné ou non d'un peu d'alcool. On laissera sécher la mousse du savon, plus ou moins longtemps suivant l'irritation et l'effet produits. On enlèvera ensuite le savon à l'eau chaude. La nuit, on laissera le plus longtemps possible en contact avec les téguments une solution ainsi composée :

Ichthyol	5 à 10 gr.
Alcool à 90°	āā 50
Ether	āā 50

M. S. A.

Débuter par des doses assez faibles et augmenter graduellement. Si l'on enlève l'ichthyol la nuit par suite de trop vive irritation et pendant le jour, on protégera le tégument avec la pommade boratée et salicylée citée plus haut.

Dans les cas rebelles, on aura recours, pendant un temps qui ne dépasse pas une 1/2 heure ou une heure, *jusqu'à desquamation de la peau*, au mélange suivant :

Naphtol β	10 gr.
Soufre précipité	50
Savon noir	āā 10
Vaseline	āā 10

M. S. A.

On pourra enfin s'adresser au Vigo (*avoir bien soin* de ne pas employer concomitamment de préparations *soufrées*) et aux caustiques violents (teinture d'iode, acide phénique, nitrate d'argent).

Si toutes ces préparations échouent, on appliquera le traitement chirurgical (cautérisation au fer rouge, électrolyse, scarifications), mais ces procédés ne doivent être employés que lorsque tous les autres moyens ont échoué et réclament d'ailleurs un outillage spécial.

Quantité d'eaux minérales ont été préconisées contre l'acné. Les eaux laxatives ou même purgatives peuvent avoir leur indication. (Châtel-Guyon, Montmirail, Aulus, Brides.)

Aux lymphatiques et aux strumeux, conviendraient : Uriage, Saint-Honoré, Luchon...

Aux arthritiques, Royat, Vals, Vichy.

Aux dyspeptiques : Pougues, Vals, Vichy, Condillac.

Aux anémiques : Forges-les-Eaux, Renlaigue, Orezza, mais le Dr Brocq, dont la compétence en dermatologie est bien connue, donne le pas à la Bourboule, autant par l'action substitutive de l'arsenic dans l'intimité des tissus que par son action générale tonique et reconstituante, et par l'action restauratrice du traitement hydro-thermal.

Dr Méneau,
Membre du Concours médical,
Médecin consultant à la Bourboule.

MÉDECINE LÉGALE

Un nouveau moyen de reconnaître les criminels.

Le signalement anthropométrique vient d'être l'objet d'une thése intéressante à la Faculté de médecine de Paris. L'auteur est M. Georges Bertillon, le frère de l'inventeur du signalement anthropométrique. Ce travail, dont le titre est : *De la reconstitution du signalement anthropométrique au moyen des vêtements* (1), étudie, au point de vue médico-légal, les relations de forme et de dimension entre les principales longueurs osseuses et les pièces d'habillement (chapeau, soulier, pantalon, habit et gant).

Le problème est examiné sous deux aspects dont l'un est la réciproque de l'autre. Dans un cas on possède les vêtements du sujet, plus souvent une victime qu'un coupable, et l'on se propose de reconstituer au moyen de ces seuls vêtements ses principales longueurs osseuses, de manière à pouvoir retrouver son identité dans le répertoire anthropométrique.

Dans l'autre cas, au contraire, on possède le signalement anthropométrique d'un sujet et l'on se propose d'établir les dimensions principales de ses vêtements. Ce dernier cas a son application dans la pratique plus fréquemment qu'on ne serait tenté de le croire. Il arrive en effet souvent chaque année qu'un détenu, ayant purgé sa peine, commet aussitôt qu'il est libéré quelque nouveau crime ou délit, et cela dans la région même de la prison dont il sort ; on soupçonne donc tout de suite quel est le coupable. Mais son premier soin est de s'habiller tout de neuf avec l'argent produit par son récent forfait et de détruire ses anciens vêtements. Or comme tous les détenus libérés laissent aujourd'hui leur signalement anthropométrique dans la prison qu'ils quittent, on conçoit que, si avec ce signalement on pouvait déterminer la dimension de chacune des pièces d'habillement qui convient au sujet, on pourrait savoir rapidement dans quelle maison de confection du département a été acheté un costume de telle taille.

(1) Un vol. in-8 de 115 pages avec tableaux et graphiques. — Storck et Masson.

La justice alors se trouverait renseignée sur la couleur et la forme des vêtements et du chapeau que porte le coupable et sur tous les détails extérieurs de sa personne. Elle serait instruite en même temps sur la direction prise par le fugitif. On voit combien ces indications seront précieuses pour la recherche de ce récidiviste de si fraîche date.

M. G. Bertillon donne à ce dernier problème une solution très précise et dont l'application dans la pratique ne pourra donner lieu à aucune difficulté. Il y a certainement là un résultat d'une utilité incontestable.

Le premier problème ne comporte malheureusement pas une solution aussi complète ; ce sera seulement dans des cas spéciaux que la justice pourra au moyen des seuls vêtements d'un individu, sinon retrouver à coup sûr son identité, tout au moins restreindre singulièrement les recherches dans un répertoire anthropométrique. On conçoit en effet que, selon que les vêtements objets de l'expertise seront plus ou moins ajustés, les résultats seront plus ou moins précis. M. G. Bertillon a calculé par des mesures prises sur les pièces d'habillement de 200 détenus du Dépôt la somme d'erreurs possibles que comporte chaque reconstitution de segment osseux par le vêtement correspondant.

Il résulte de ses recherches que le chapeau et le soulier donneront les dimensions de la tête et du pied avec une erreur qui ne dépassera pas neuf fois sur dix 5 à 6 millimètres, approximation bien suffisante pour une recherche dans le répertoire anthropométrique. Malheureusement, on est loin de pouvoir reconstituer les autres dimensions du corps avec cette exactitude. La taille a été l'objet de recherches toutes spéciales.

Le pantalon et l'habit permettront de l'évaluer approximativement, lorsque par leur plus ou moins bonne apparence extérieure on pourra présumer qu'ils appartiennent à un sujet convenablement habillé. L'évaluation de la taille faite par le pantalon sera d'autant plus exacte que le pantalon considéré sera plus long, tandis que l'évaluation par l'habit aura d'autant plus de chance d'être exacte que l'habit considéré aura une envergure plus courte. Cela tient probablement à ce que le pantalon non ajusté est plutôt trop court que trop long, tandis que l'habit non ajusté a plutôt les manches trop longues que trop courtes.

Ce travail, en dehors même du point spécial où s'est placé l'auteur, c'est-à-dire de la reconstitution du signalement anthropométrique, met au jour bien des applications curieuses pour le médecin légiste et pour l'hygiéniste.

Cette thèse, ainsi que l'a dit M. le professeur Brouardel, est appelée à rendre de grands services, car il n'existait encore aucun ouvrage où ce sujet ait été traité et il répondait à un besoin véritable, la question d'identité par les vêtements étant de celles qui se posent souvent à la justi-

ce (1). Une précision rigoureuse, un soin consciencieux et son originalité même distinguent ce travail. Nous adressons tous nos compliments à MM. Georges et Alphonse Bertillon dont l'heureuse collaboration a produit d'aussi remarquables résultats, et nous espérons bien que les médecins, les experts et les magistrats sauront tirer parti d'une méthode aussi ingénieuse.

Récemment, toute la population parisienne s'est enthousiasmée sur l'à-propos du jeune homme qui a reconnu Ravachol, et le Gouvernement a donné la plus haute récompense aux deux fonctionnaires qui ont procédé à cette arrestation.

Ne trouvez-vous pas étrange qu'on l'on n'ait pas songé, par la même occasion, à reconnaître le talent si original du chef du service anthropométrique à la Préfecture de police qui est après tout l'auteur du signalement publié et vulgarisé par la presse du trop célèbre dynamiteur. Sans le « bertillonage » la loi sur les récidivistes ne pourrait être appliquée et le signalement des grands criminels ne serait pas connu d'une façon positive. La plupart des gouvernements civilisés ont adopté ce système ou se proposent d'installer un service d'identification anthropométrique copié sur celui qui a été de toutes pièces inventé par M. A. Bertillon. Les ministres de l'intérieur et les préfets de police se succèdent sans avoir l'air de se douter qu'un de leurs subordonnés a introduit dans le service pénitentiaire un rouage d'une précision incomparable.

A. Lacassagne.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'indemnité de maladie devant l'Association.

Discours du Dr Lasalle (2).

Messieurs,

J'ai demandé la parole au moment où notre distingué collègue M. Pamard, d'Avignon, exprimait la crainte que notre Caisse des pensions viagères vînt à tarir si nous adoptions la création d'une Caisse indemnité maladie. Je tiens à faire remarquer à M. Pamard qu'avec le projet de la Gironde, son inquiétude est sans fondement, attendu que la Caisse que nous désirons fonder sera alimentée par des cotisations spéciales payées par ceux d'entre nous qui consentiront à y adhérer.

On me dit que cette création est impossible, que c'est illégal. Je répondrai à mes interrupteurs que j'ai précisément la prétention de démontrer la parfaite légalité de cette création. Mon compatriote et ami M. Lande a défendu tout à l'heure la même thèse en nous donnant des raisons de fait; permettez-moi d'ajouter quelques considérations à son éloquent plaidoyer en vous apportant des raisons de droit; mais auparavant, laissez-moi, Messieurs, puisque l'occasion m'en est offerte, vous dire en toute franchise, l'impression fâcheuse que produisent sur beaucoup d'entre nous les résistances que nous rencontrons au sein du Conseil général, chaque fois que nous voulons introduire une réforme quelconque dans les vieux rouages de notre Association.

Vous protestez, Messieurs, je ne sais pourquoi :

Faut-il rappeler les résistances que nous avons rencontrées à l'époque de la création des syndicats médicaux et plus tard lorsqu'on vous proposa de fonder une caisse de retraite de droit, caisse que nous devons à la persévérante énergie de MM. Lande et Verdalle, sans oublier notre vaillant collègue Cézilly, l'un de nos plus ardents protagonistes ? — Mais, en vérité, je ne m'explique pas vos murmures ; je crois m'entendre accusé de manquer de déférence vis-à-vis de notre Conseil Général. Eh bien, sachez, Messieurs, qu'autant qu'aucun de vous je professe un respect et une reconnaissance sincères pour les hauts dignitaires de notre grande association. Oui, Messieurs, j'éprouve une admiration et une gratitude profondes en voyant le dévouement de ces membres de l'Institut et de l'Académie de médecine, de ces professeurs célèbres, de tous les confrères éminents qui, une fois par mois au moins, négligeant leurs occupations précieuses, se réunissent pour s'occuper des plus humbles d'entre nous, pour étudier, discuter et défendre les intérêts de l'Association et du Corps médical ; oui, messieurs, j'admire autant que personne leur bienfaisance inépuisable et leurs libéralités répétées ! Mais estimeriez-vous, par hasard, que ces sentiments très sincères dussent m'empêcher d'obéir ici aux inspirations de ma conscience, de dire ce que je crois utile au bien et à l'intérêt de tous ? (Vifs applaudissements). Oui, Messieurs, je le répète, ces résistances sont fâcheuses parce qu'elles ont fait supposer à beaucoup d'entre nous que notre Conseil général était animé d'un esprit par trop... conservateur. Certes, je conviens, qu'ainsi que nous le disait hier notre Président dans son éloquente allocution : « Les hommes qui ont la responsabilité et la garde d'une grande institution comme la nôtre doivent être des conservateurs résolus. » Je conviens qu'ils doivent n'accueillir qu'avec une grande prudence les réformes qu'on leur propose ; mais je prétends aussi que, pour être utile, salutaire et fécond, le conservantisme ne doit être ni étroit, ni excessif et qu'il ne doit surtout pas aboutir à l'immobilité systématique. Or, Messieurs, le projet qui nous est offert aboutit à ce résultat. Il n'est que la continuation du statu quo ; car au lieu de l'œuvre d'Assurance mutuelle que nous réclamons il ne nous propose qu'une Assistance facultative. Oui, Messieurs, il est de toute évidence qu'avec la caisse nouvelle qu'on nous convie à fonder pas un confrère de plus ne jouira des bienfaits de l'Association, puisque seuls nos infortunés, nos déshérités, pourront y puiser.

Eh bien, il n'est pas admissible, Messieurs, que notre grande et puissante fédération se confine indéfiniment dans les étroites limites qu'elle s'impose; je dis qu'elle s'impose car je prétends démontrer aussi que ni ses statuts, ni les lois ne l'empêchent d'élargir le cercle de son action bienfaisante dans la mutualité et la solidarité. Non, il n'est pas admissible qu'elle continue d'être exclusivement une œuvre d'assistance, c'est-à-dire à n'être utile qu'à un nombre infime d'associés, à ceux qui, faute peut-être d'une organisation meilleure, sont réduits à une détresse criante et trop souvent irrémédiable.

Et encore êtes-vous bien sûre, Messieurs, avec le système actuel, de connaître et de soulager toutes les infortunes confraternelles ?

Quant à moi, j'ai la conviction qu'à côté des confrères que nous assistons, il en est d'autres auxquels nous ne venons pas en aide et qui sont cependant dans une gêne réelle : Or, la gêne, ne l'oublions pas, Messieurs, c'est souvent le nom qu'on donne à la misère de ceux qui ont la fierté suprême de la taire et de la cacher. Oui, Messieurs, reconnaissons-le, dans l'état actuel des choses, beaucoup de sociétaires hésiteront toujours à demander ou accepter un secours qu'ils ne considèrent pas comme le résultat d'un droit absolu. Vous pouvez regretter cette interprétation, mais vous êtes obligés de vous incliner

(1) Nous avons fait usage de cette méthode dans l'affaire Gouffé, en cherchant à reconstituer la taille, l'envergure, etc., d'après des mesures prises sur les pièces d'habillement.

(2) Nous ne possédons pas le texte des paroles prononcées par M. le Dr Lande. Voici celui du discours de M. le Dr Lasalle que nous sommes heureux de reproduire.

devant d'aussi respectables scrupules, et j'estime que ce sentiment de dignité, de délicatesse excessives est une sorte de noblesse qui en vaut bien une autre. Mais, en dehors de ces confrères véritablement gênés, infortunés, combien d'autres (et ceux-là sont l'immense majorité), qui ne sont ni assez pauvres pour être assistés, ni assez riches pour ne pas chercher dans la mutualité des avantages légitimes. Eh bien, Messieurs, c'est pour tous ces confrères, qui sont légion, que nous devons organiser non seulement une Caisse d'Assurance mutuelle en cas de maladie, mais une caisse de retraite de droit pour leurs vieux jours.

Vous reconnaissez, en principe, les avantages de ces institutions, mais vous déclarez qu'elles sont irréalisables, on m'a dit tout à l'heure illégales au sein de notre Association et M. Bucquoy, dans son remarquable rapport, nous fait connaître les refus catégoriques que nous ont opposés les membres du gouvernement ou du Conseil d'Etat. Je n'aurai pas l'outrecuidance d'opposer mon incompétence en matière juridique à l'autorité des personnages dont vous vous réclamez, mais j'ai bien le droit de vous dire qu'ayant consulté, de mon côté, un homme qui ne le cède aux vôtres ni par sa science juridique, ni par sa situation dans le Parlement ou dans l'Etat, j'ai obtenu une réponse absolument différente.

« Vous pouvez, m'a-t-il écrit, procéder à l'organisation dont vous me parlez. » Il n'existe, en effet, dans la loi qui régit les Sociétés de secours mutuels aucun article visant le point qui nous intéresse, c'est-à-dire obligeant pour les membres d'une société de secours mutuels à payer une cotisation égale, uniforme. Mon ami Lande vous a, d'autre part, démontré qu'il existe un grand nombre de sociétés dans lesquelles les sociétaires payent des cotisations variables pour obtenir des indemnités variables.

Si, d'autre part, vous admettez, avec notre éminent secrétaire général M. Riant, que les Pouvoirs publics abandonnent aujourd'hui les vieilles formules juridiques pour s'inspirer de l'esprit nouveau qui se dégage des lois en cours de discussion, je crois utile de rappeler la jurisprudence adoptée par le Sénat en mars 1886 au sujet de la loi sur les Sociétés de secours mutuels à la suite du rapport de M. Léon Say dont voici un extrait: « Votre commission a pensé qu'on devait considérer les sociétés de secours mutuels non plus comme des Associations, mais comme des sociétés. L'Etat puiserait son droit de régler les conditions de leur constitution à la même source où il puise le droit de régler la constitution des sociétés commerciales en général et des compagnies d'assurance en particulier » ; or, je n'ai pas besoin de faire remarquer que dans les compagnies d'assurance les cotisations ou primes sont variables à l'infini.

Quant aux pouvoirs publics, je n'admettrai jamais qu'un régime qui tolère les organisations, les fédérations des pires ennemis de l'ordre social osât empêcher d'honnêtes gens de se concerter dans un but exclusif de sage prévoyance.

Donc, messieurs, au lieu de nous préoccuper de lois qui n'existent pas, ou de pouvoirs qui ne peuvent songer à nous inquiéter, préoccupons-nous avant tout d'être utiles à nos confrères et à nous-même ; et organisons les caisses d'assurances mutuelles qui sont réclamées depuis plusieurs années.

Pour mener ces œuvres à bonne fin, permettez-nous de compter sur votre bonne volonté et votre dévouement, Messieurs les membres du conseil général, permettez-nous de compter tout particulièrement sur vous, cher et éminent président, sur vous dont l'esprit si libéral, si généreux, si largement ouvert à tous les progrès utiles, a conquis récemment les suffrages et les sympathies de tous les membres de la grande famille médicale.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat de la Seine.

Nouveaux adhérents depuis l'assemblée générale du 24 janvier.

MM. les docteurs :

Leblond (Ernest), 58, rue de Londres. — Beauvais (De), 39, rue de Trévise. — Hervouët, 50, rue de Turenne. — Belin, 17, rue des Petites-Ecuries. — Monribot, à Epinay-sur-Seine. — Masingue, 49 bis, rue de Flandre. — Blaise, 69, boulevard Magenta. — Favrel, 2, rue Davy. — Coudray, 29, rue de l'Arcade. — Martin, 6, rue Montfaucon. — Boularan, 2, rue Doudeauville. — Sailly, 113, rue du Faubourg-Poissonnière. — Guillot (Maurice), 50, rue de la Boëtie. — Lesur, 4, avenue Daumesnil. — Bruant, 21, rue des Filles-du-Calvaire. — Bellangé, 22, avenue Parmentier. — Boureau, 17, rue des Ecoles. — Gélineau, 17, rue de Châteaudun. — Forestier, 7, rue de Villersexel. — Boutin, 18, rue de Hambourg. — Paulier, 4, rue Mirbel. — Apostoli, 5, rue Molière. — Gillebert-Dhercourt, 115, rue Lafayette. — Rosenthal, 29, rue des Francs-Bourgeois. — Willy, 123, rue Saint-Jacques. — Boucher, 35, boulevard Voltaire. — Barjon, 28, rue des Halles. — Viard, 91 bis, rue de la Chapelle. — Collardot, au Perreux. — Lallement, à Nogent-sur-Marne. — Rol, 120, avenue Péreire, à Asnières. — Veil, 18, avenue Bosquet. — Landrin, 69, quai Valmy. — Duguet, 60, rue de Londres. — Piffenet, 30, rue d'Hauteville. — Hischmann, 61, rue d'Hauteville. — Grange, 130, rue Oberkampf.

Syndicat médical du Loiret.

Assemblée générale annuelle, 26 *juillet* 1891.

Présents: MM. Chipault, Président ; Penot, Vice-Président ; Gassot, secrétaire ; Beaurieux ; Boulle ; Brunet ; Chaignot (Orléans) ; Cœur ; Defaucamberge (E.) ; Dufour ; Fauchon ; Geffrier ; Goueffon ; Grenet ; Halmagrand (R.) ; Huas, Jarry ; Lauret ; Lepage ; Martin (E.) ; Martin (H.) ; Mathé ; Mounier ; Patay ; Pelissier ; Popis ; Rocher ; Verdureau (Orléans).

S'excusent de ne pouvoir assister à la séance : MM. Billoux ; Courtade ; Defaucamberge (J.) ; Dubain ; Legendre ; Veillard (Lorris) ; Viger.

Après l'allocution du Président payant un juste tribut de regrets aux membres décédés et souhaitant la bienvenue aux nouveaux adhérents, le secrétaire donne lecture de son rapport général qui constate que le nombre des membres du Syndicat s'élève à 96 et qui résume les travaux de l'année.

L'assemblée générale adopte, dans la forme où elle lui est présentée par le Conseil syndical, la codification des divers règlements d'ordre intérieur précédemment votés.

M. le Président Chipault expose que, vu l'impossibilité de convoquer l'Assemblée Générale en temps utile, le Conseil Syndical a décidé que le Syndicat médical du Loiret devait s'associer au témoignage de reconnaissance offert à M. le Dr Chevandier, Député de la Drôme, auteur de la proposition de loi sur l'exercice de la Médecine, Président et rapporteur de la commission parlementaire chargée de l'examiner.

Le Secrétaire donne lecture de la délibération prise par le Conseil Syndical.

Le Conseil Syndical,

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés dans l'intervalle des convocations de l'Assemblée Générale,

Délibère :

Le Syndicat Médical du Loiret,

Reconnaissant à M. le Dr Chevandier, Député de la Drôme et aux membles de la Commission parlementaire des efforts qu'ils ont faits pour amener le vote par la Chambre des Députés du projet de loi sur l'exercice de la médecine,

Est heureux de s'associer au témoignage de gratitude qui va lui être offert ;

Décide qu'une somme de cinquante francs sera versée en son nom par le Secrétaire-Trésorier à la souscription ouverte par la Société Civile du Concours Médical et l'Union des Syndicats médicaux,

Et délègue pour le représenter au banquet MM. les Drs Chipault, Président, et Gassot, Secrétaire général du Syndicat.

L'Assemblée Générale, à l'unanimité, ratifie cette délibération.

Sur l'invitation du Président, M. Gassot rend compte à l'Assemblée de la réunion à laquelle il a assisté avec M. le Dr Brun, de *La Selle-sur-le-Bied*.

Dans un banquet où a régné la cordialité la plus franche, le premier *et jusqu'à présent l'unique* exemplaire de la réduction de la Diane de Falguière (salon de 1891) a été offert à M. le Dr Chevandier.

Le socle de la statue porte l'inscription suivante :

A Monsieur le Docteur Chevandier, Député de la Drôme.

Hommage de la Société du Concours Médical et de ses confrères des Syndicats Médicaux.

Vote à la Chambre des Députés de la loi sur l'exercice de la médecine (19-21 *mars* 1891).

Une photographie de la statue sera remise aux membres du Bureau du syndicat.

M. Chipault regrette de n'avoir pu assister au banquet comme il se proposait de le faire, mais il constate que le syndicat médical du Loiret y a été dignement représenté. *(Applaudissements.)*

L'ordre du jour appelle l'examen de la loi sur l'exercice de la médecine votée par la Chambre des Députés.

M. le Président Chipault expose que la loi nouvelle votée par la Chambre des Députés sur l'exercice de la médecine présente de sérieux avantages : elle *unifie* le diplôme médical sans porter atteinte aux intérêts des officiers de santé et des candidats à l'officiat ; elle règle d'une manière plus équitable la question des médecins et étudiants étrangers ; elle réprime sérieusement l'exercice illégal de la médecine et l'usurpation de titres, donnant le droit de se porter partie civile aux Syndicats médicaux dont elle reconnaît formellement l'existence. En outre, elle porte à cinq années le délai de prescription pour les honoraires des médecins et reconnaît leur privilège général quelle qu'ait été l'issue de la dernière maladie, elle leur reconnaît le titre d'experts près les tribunaux et prescrit la revision des tarifs de 1811 ; enfin elle leur permet de se faire, en cas d'absence, remplacer par des internes ou des étudiants dont la scolarité est terminée.

Il n'y aurait donc qu'à applaudir au succès de nos revendications si la loi ne contenait deux articles que le corps médical n'acceptera pas sans protestations. L'article 30 porte que :

« Tout docteur en médecine est tenu de déférer « aux réquisitions de la justice, sous les peines « portées à l'article 29 (1). »

L'article 20 est peut-être plus facheux encore ; il ainsi conçu :

« Tout docteur, officier de santé ou sage-femme « est tenu, sous les peines portées à l'article 26 de « la présente loi, de faire à l'autorité publique, « son diagnostic établi, la déclaration des cas de « maladies épidémiques tombés sous son observa- « tion et n'engageant pas le secret professionnel. « La liste de ces maladies sera dressée par arrêté « du Ministre de l'Intérieur après avis conforme « de l'Académie de médecine et du Comité consul- « tatif d'hygiène publique de France. Un règle- « ment d'administration publique fixera le mode « de déclaration des dites maladies.

« Le docteur en médecine ou l'officier de santé « qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par « l'article 20 sera puni par une amende de 50 à « 200 francs. »

Le Conseil syndical, comme c'était son devoir, a examiné ces questions afin de vous proposer un texte de résolution sur lequel vous pourriez voter. Mais les membres présents étaient peu nombreux et seule la voix prépondérante du Président a formé une majorité. Dans ces conditions il a paru préférable de porter devant l'Assemblée générale la question dans son entier.

Le secrétaire donne nouvelle lecture de l'article 30 et rappelle que cet article a été voté par la Chambre malgré le rapporteur et malgré le Commissaire du Gouvernement, qui ont développé tous les arguments capables de faire écarter cette proposition qu'ils considéraient comme absolument mauvaise.

L'Assemblée générale, à l'unanimité, se prononce contre cet article et décide qu'elle demandera aux Sénateurs du Loiret de vouloir bien le combattre.

Le secrétaire donne lecture des articles 20 et 26.

M. Chipault s'élève contre l'atteinte qui serait portée au secret professionnel : le médecin ne peut consentir à voir diminuer la confiance que lui témoigne le malade, et le syndicat médical du Loiret doit repousser énergiquement cet article 20.

M. Gassot dit qu'il est une considération dont il faut tenir compte :

L'article 20 qui émane du gouvernement a été vivement combattu au sein de la Commission ; mais celle-ci, convaincue bientôt qu'une transaction sur ce point pouvait seule sauver la réforme et permettre au projet d'arriver en discussion, finit par l'accepter. On reprochait à la proposition Chevandier d'être faite en faveur des seuls médecins ; on affectait de distinguer entre l'intérêt du corps médical et l'intérêt général, et il n'a fallu rien moins que l'acceptation de l'article 20 pour obtenir l'appui du Gouvernement.

Dans ces conditions serait-il prudent de risquer le sort de la loi tout entière sur l'article 20?

M. Beaurieux ne croit pas que l'honneur profes-

(1) Amende de 100 à 500 fr. En cas de récidive, l'amende sera de 500 fr. à 1000 fr. et les délinquants pourront en outre être condamnés à un emprisonnement de 15 jours à trois mois.

sionel soit entaché par le fait de déclarer une maladie épidémique : la déclaration est demandée dans l'intérêt de la santé publique et cet intérêt prime tous les autres. Il estime au contraire que ce sera l'honneur du corps médical d'avoir contribué à assurer le fontionnement de cette loi d'hygiène publique.

M. Popis pense, au contraire, que les médecins ne peuvent accepter de se transformer en dénonciateurs. Après avoir eu toute la confiance du public ils risqueront de perdre son estime sans parler de leurs intérêts qui en souffriront grandement.

M. Chipault admet parfaitement la nécessité d'une déclaration des maladies épidémiques dans l'intérêt supérieur de la santé publique ; ce qu'il combat, c'est l'obligation imposée au médecin de faire cette déclaration. Il comprendrait que la déclaration fût imposée à la famille.

M. Halmalgrand se déclare partisan de l'article 20 : la famille ne fera pas de déclaraction, fût-elle engagée par le médecin. Il suffit, pour s'en convaincre, de voir ce qui se passe dans les écoles où, malgré la défense du médecin, on renvoie des enfants convalescents de maladies contagieuses, au risque d'infecter des classes entières. La défense de la santé publique est une nécessité supérieure devant laquelle doivent s'incliner les convenances particulières.

M. Cœur ajoute que, dans sa pratique de médecin inspecteur des écoles, il a vu constamment les familles s'efforcer de tromper le médecin sur la nature de la maladie, afin d'obtenir le certificat qui permet la réadmission dans les classes.

M. Chipault répond que c'est aussi dans un intérêt supérieur que le secret professionnel est imposé au médecin, que c'est aussi une nécessité sociale qui l'exige. Il ne comprend pas pourquoi le secret médical doit être sacrifié, puisque la santé publique peut être sauvegardée d'une autre manière.

M. Gassot avoue que l'obligation de la déclaration est désagréable pour le médecin, mais lorsqu'il s'agit d'une question aussi grave que la propagation d'une épidémie il n'admet pas les désagréments personnels. Il ne faut pas oublier que l'intervention du médecin pourra permettre d'enrayer la maladie dés ses débuts tandis que son silence pourra faire des victimes bien nombreuses. — Compter sur les familles est un leurre ; si l'on veut arriver à un résulat, il faut imposer l'obligation au médecin.

M. Rocher fait observer que la famille ne peut faire une déclaration en dehors du médecin qui seul peut porter un diagnostic.

M. Halmagrand ne considère pas le fait de déclarer qu'une personne est atteinte de fièvre typhoïde ou de scarlatine comme une violation du secret professionnel. S'il en était autrement, le médecin violerait ce secret tous les jours en donnant des nouvelles du malade aux amis qui l'interrogent, en conseillant de ne pas envoyer d'enfant dans la maison, etc... etc... Or jamais personne n'a songé à faire un crime au médecin de ces divulgations et le médecin de son côté ne ne s'en est jamais fait un cas de conscience.

M. Defaucamberge craint que dans la pratique l'autorité ne veuille aller plus loin et ne prétende obliger le médecin à parler alors qu'il croira devoir garder le silence.

M. Rocher répond que l'Académie de médecine doit être consultée et que son avis futur peut être considéré comme une garantie suffisante.

M. Chipault constate que la Presse Médicale tout entière s'est élevée contre l'article 20.

La discussion se poursuit, tous les membres présents y prennent part.

La clôture étant prononcée, le secrétaire propose la rédaction suivante qui sera soumise au vote :

« Le Syndicat médical du Loiret fera une démarche près des Sénateurs du département pour les inviter à combattre l'article 20 de la loi. »

La proposition est mise aux voix : le vote donnant 11 voix contre 11 et deux abstentions, elle est repoussée.

Le secrétaire propose alors la rédaction suivante :

L'Assemblée Générale décide qu'aucune démarche ne sera faite près des Sénateurs du Loiret pour ou contre l'article 20 de la loi.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée à une forte majorité.

M. le Président Chipault invite l'Assemblée Générale à examiner la question de l'Officiat de santé. Malgré le vote de sa suppression par la Chambre des Députés, la commission du Sénat se montre hésitante : elle a décidé de consulter les conseils généraux sur l'opportunité de cette mesure.

M. Popis dit que, dans le Loiret, il n'y a qu'un nombre insignifiant d'Officiers de santé et qu'il ne peut y avoir aucun intérêt à conserver l'officiat.

M. Halmalgrand voudrait non la suppression de l'Officiat, mais sa transformation : les Officiers de santé deviendraient de véritables fonctionnaires rémunérés, en partie au moins, par l'Etat et astreints à certaines résidences. On assurerait ainsi le service médical dans les pays dépourvus de Docteurs.

M. Jarry croit que toute modification proposée à la loi retardera sa promulgation, l'officiat est condamné depuis longtemps et la majorité des officiers de santé eux-mêmes est favorable à sa suppression.

M. Gassot ajoute que le Syndicat s'est déjà prononcé sur la question. Il s'agit actuellement de savoir s'il est convenable de faire au sujet de cette suppression dès longtemps admise une démarche près du Préfet et du Président du Conseil Général.

L'Assemblée Générale décide que le Président et le Secrétaire Général du Syndicat se rendront près du Préfet et du Président du Conseil Général pour leur transmettre son vœu relatif à la suppression de l'Officiat.

L'ordre du jour appelle la question de l'assistance publique dans le Loiret.

Le Président rappelle les conditions dans lesquelles la question a été soulevée en 1890, ajoutant que les propositions soumises à l'Assemblée Générale par le Conseil syndical seront proposées comme bases d'une réorganisation générale du service lorsque celle-ci s'imposera.

Le secrétaire donne lecture des huit propositions :

1° Les Médecins du service d'Assistance reçoivent leur investiture de l'Administration et sont nommés par le Préfet.

2° Chaque Médecin dessert une circonscription

qui lui est personnelle et dont l'étendue est fixée par l'Arrêté de nomination.

Au delà d'une certaine population, il est désirable que les villes soient sectionnées en plusieurs circonscriptions.

3° Les listes d'indigents sont dressées, chaque année, en présence et avec le concours du médecin du service d'Assistance.

Elles sont nominatives et comprennent toutes les personnes qui, à quelque titre que ce soit, ont droit au service médical gratuit.

Elles ne sont soumises à aucune limite minimum ou maximum d'inscriptions.

4° Les communes doivent participer aux dépenses du service en proportion non seulement du nombre des indigents qu'elles inscrivent, mais encore de leurs ressources particulières.

La participation actuelle de un franc par inscrit est absolument insuffisante.

Il n'y a aucune relation entre le quantième de la participation des communes et celui du traitement du médecin.

5° Toutes les communes sont rattachées à un hôpital général ; leur rattachement à une infirmerie régionale est inutile.

La création de dispensaires pour les consultations est superflue au moins dans les campagnes où les consultations sont données au domicile du médecin.

Tout malade qui peut se déplacer doit venir à la consultation du médecin ; les malades alités ou qui ne peuvent se déplacer sont soignés à domicile.

Tout chef d'une famille comptant des indigents recevra, chaque année, une carte où seront inscrits les noms, prénoms et âge des membres inscrits. Cette carte devra être présentée à toute réquisition du médecin. Elle portera imprimées les conditions générales du fonctionnement du service.

6° Le traitement des médecins du service d'Assistance se fait par abonnement : il comprend une indemnité fixe par inscrit et une indemnité de déplacement calculée sur la distance qui sépare le domicile du malade de celui du médecin.

Le traitement des médecins est annuel si la formation de la liste est elle-même annuelle : il serait trimestriel si la formation trimestrielle était adoptée.

Si un service de consultations dans les communes à jours et heures fixes était imposé, il devrait nécessairement recevoir une rémunération spéciale et distincte du traitement précédent.

Tarif : 1° Traitement trimestriel: 1 f. par inscrit plus 0 f. 25 par kilomètre.
2° Traitement annuel : 2 f. par inscrit plus 0 f. 25 par kilomètre.
3° Service des consultations : vacation de 10 francs, plus 0 f. 50 par kilomètre.

7° Il est avantageux que les services de l'inspection des enfants du premier âge, de l'inspection médicale des écoles, de l'hygiène et de la santé publiques, etc... soient réunis au service de l'assistance et confiés aux mêmes médecins dans leurs circonscriptions respectives.

8° Il n'y a pas lieu de réorganiser un service de vaccinations publiques et gratuites, ni de restreindre les vaccinations pratiquées par les sages-femmes du service d'assistance.

Les huit propositions sont successivement mises aux voix et adoptées, puis l'ensemble est également adopté à l'unanimité.

L'Assemblée générale approuve les comptes de l'année, ainsi que le compte spécial de la caisse de réserve.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un Vice-président pour l'année 1891-1892.

Un premier tour de scrutin n'ayant pas donné de résultat, il est procédé à un second tour.

Nombre de suffrages exprimés....... 24
Majorité absolue...................... 13
Ont obtenu :

MM. Popis, de Chécy.................. 15 voix
Halmagrand (R.), d'Orléans... 4
Verdureau, d'Orléans.......... 3
Beaurieux, d'Orléans........... 2

En conséquence, M. le Dr Popis, de Chécy, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, est proclamé Vice-Président du Syndicat pour l'année 1891-1892.

M. le Président Chipault annonce à l'Assemblée Générale qu'en vertu de l'article II des statuts, M. le Dr Penot, de Malesherbes, devient Président du Syndicat pour l'année 1891-1892 et qu'en conséquence le bureau du Syndicat, pour cette année, est composé de :

MM. Penot, de Malesherbes : *Président.*
Popis, de Chécy : *Vice-Président.*
Gassot, de Chevilly : *Secrétaire Trésorier.*

M. Gassot, secrétaire, se félicite de ce qu'un précédent lui donne la mission très agréable de remettre au Président sortant la médaille commémorative de son élection. En remettant à M. le Dr Chipault ce souvenir de sa seconde présidence, il le remercie, au nom du Syndicat tout entier, du zèle et du dévouement qu'il n'a cessé d'apporter dans l'exercice de ses fonctions et de la bienveillance toujours plus grande qu'il apporte dans ses relations avec ses jeunes confrères.

Applaudissements répétés.

M. Chipault déclare qu'il gardera parmi ses meilleurs souvenirs le double témoignage d'estime que ses confrères lui ont donné et les remercie des sentiments qu'ils veulent bien lui témoigner par l'organe du Secrétaire général.

Applaudissements.

M. Popis ne veut pas que la séance se termine sans qu'il ait pu remercier ses confrères de l'honneur qu'ils viennent de lui faire en l'appelant à la Vice-Présidence. Il leur en témoignera sa reconnaissance en s'efforçant de suivre les traces des Présidents qui l'ont précédé.

Applaudissements.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire, A. Gassot. — *Le président,* A. Chipault.

REPORTAGE MÉDICAL

Exercice illégal de la médecine. — Entre autres escroqueries, le prétendu docteur Nelson (Isaac Kahn) et son compère Fornel de Mainzac se livraient à un genre d'industrie assez lucratif. Ils allaient de ville en ville, et, à grand renfort de réclame attiraient le public dans leur cabinet (?). Nelson donnait des consultations à 20 francs la pièce et repas-

sait ensuite ces victimes à de Mainzac qui leur *cédait* pour le prix modeste de 300 francs des lunettes qui valaient bien cinquante centimes.

Les deux associés seront traduits devant les tribunaux de Toulouse, mais ils seront d'abord déférés à ceux d'Alger qui ont également à régler avec eux quelques affaires du même genre.

(*Gaz. méd. de Toulouse*.)

— Le docteur Calmettes, médecin de 1re classe du service de santé des colonies, élève de Pasteur, directeur de l'Institut bactériologique de Saïgon, vient de découvrir un moyen de neutraliser le venin de la vipère naja ou cobra capella, dont la morsure est toujours mortelle.

« Ce remède est un sel d'or. L'auteur de cette découverte doit communiquer à l'Académie de médecine, un rapport qui relate ses recherches. Le sel d'or agit non seulement comme médicament administré après la morsure en neutralisant ses effets, mais aussi comme préservatif introduit dans l'organisme par les voies digestives; il donne une immunité complète qui permet de s'exposer sans danger aux atteintes des cobras. Les bienfaits qui résulteront de cette découverte seraient incalculables, car c'est par milliers qu'il faut compter chaque année les victimes qui succombent au venin des cobras.

« Le docteur Treille, inspecteur général du service de santé des colonies, au reçu du rapport du docteur Calmettes, a immédiatement donné des ordres pour que ce remède soit expérimenté à la Martinique sur le venin des trigonocéphales. Il est permis d'espérer que là aussi il produira les mêmes résultats. »

— Le corps médical compte un nouveau représentant à la chambre, le Dr *Thonion*, député de la Haute-Savoie.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

3709. — M. le Dr Duclos, de Mohon (Ardennes), présenté par M. le docteur Pillière ;

3710. — M. le Dr Pluyaud, de Houilles (Seine-et-Oise), présenté par M. le docteur Licke.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs, le décès du Dr Bonnain, de Moncoutaux (Deux-Sèvres), membre du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Le Bacterium coli commune, son *rôle dans la pathogénie*, par le Dr Maxime Macaigne, ancien interne des hôpitaux de Paris, in-8°, de 200 pages. Prix : 4 francs, net franco 3 fr. 20.

Dans cette longue et consciencieuse étude, l'auteur passe en revue : la morphologie, les cultures, le diagnostic, le bacille typhique, l'infection péritonéale par le bacterium coli, l'infection hépatique, les lésions de la muqueuse du tube digestif, etc.

Des différents types de métrites, *leur traitement*, par le docteur F. Jouin, ancien interne des hôpitaux de Paris, secrétaire annuel de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, avec une préface de Péan. Prix : 6 francs, net *franco* 4 fr. 80 pour MM. les membres du Concours médical.

Cet ouvrage, sur lequel nous reviendrons, est un traité complet des métrites ; essentiellement pratique, il rendra aux médecins des services *journaliers* pour le traitement et le diagnostic de la plus commune des maladies de femmes.

De la valeur et des effets du **lait bouilli et du lait cru** *dans l'allaitement artificiel*, par le Dr Henry Drouet, ancien interne des hôpitaux de Paris et de la Maternité de l'hôpital Beaujon. Prix : 2 francs.

Ouvrage couronné par l'Académie de médecine, (prix de l'*Hygiène de l'Enfance*, 1891.) — « J'ay seulement faict icy un amas de fleurs estrangières, n'y ayant fourny du mien que le filet à les lier. » Montaigne. *Essais*, liv. III, c. XII.

Les éditeurs RUEFF et Cie, boulevard Saint-Germain, 106, à Paris, viennent de mettre en vente les premiers volumes d'une remarquable collection qu'ils publient sous le nom de *Bibliothèque médicale* et sous la direction de MM. CHARCOT et DEBOVE.

Volumes in-16, reliure d'amateur, tête dorée. Prix : 3 fr. 50.

Cette collection comprendra une série de volumes ayant trait aux questions les plus importantes de la médecine pratique. La rédaction en a été confiée à des médecins qui, par leurs travaux antérieurs, ont acquis le plus de compétence sur le sujet qu'ils avaient à traiter. Chaque volume a, de ce fait, le caractère d'une véritable monographie dans laquelle l'état actuel de la science, les travaux, les notions thérapeutiques qui s'y rapportent, sont exposés avec une grande fidélité. Cette bibliothèque constituera par la suite une véritable encyclopédie de médecine scientifique et pratique dont la lecture sera facilitée par le format portatif des volumes et la clarté que les auteurs se sont efforcés d'atteindre dans leur exposition.

Ces volumes sont édités de façon à permettre aux médecins de les lire dans l'intervalle de leurs visites, en voiture ou en chemin de fer. Leur format, leur reliure en peau très souple et très résistante, permettent de les mettre en poche sans qu'ils subissent la moindre détérioration.

Volumes parus :

CHARCOT, DEBOVE.

La cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, par V. Hanot, agrégé de la Faculté, médecin de l'hospice Saint-Antoine. — **Traitement des pleurésies purulentes,** par G.-M. Debove et Courtois-Suffit. — **Le rachitisme,** par J. Comby. — **Appendicite et pérityphlite,** par Ch. Talamon. — **Lavage de l'estomac,** par G.-M. Debove et Rémond. — **Des troubles du langage chez les aliénés,** par J. Séglas.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année | N° 20 | 14 Mai 1892

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Le mercure en ophthalmologie.

M. *Panas* pense qu'on fait fausse route, depuis Van Swieten, en administrant le mercure par voie digestive. Les frictions mercurielles sont bien préférables; on sait, d'ailleurs, qu'elles n'agissent pas par absorption cutanée, mais par absorption pulmonaire, le sujet étant constamment entouré de vapeurs mercurielles, et, par exemple, les pommades au calomel n'ont aucune action. On reproche aux frictions la fréquence de la stomatite; or depuis longtemps M. Panas soutient que le traitement de la stomatite doit être préventif et non curatif. Le traitement curatif est inefficace. Au contraire, on n'a pas cet accident si l'on veille avec un soin extrême à la propreté de la bouche, à l'intégrité des gencives. De la sorte, on peut saturer l'organisme de mercure. Mais reste le second reproche fait aux frictions : on ne dose pas le médicament. A cet égard, les injections hypodermiques ont un grand avantage et, pour avoir un dosage exact, mieux vaut employer des sels solubles. Celui que M. Panas préfère est le biiodure dissous dans l'huile d'olive stérilisée, à la dose de 4 milligr. par seringue de Pravaz ; on fait une injection tous les deux jours, entre les omoplates ou à la fesse. Les résultats sont excellents et rapides. Au total, M. Panas conclut que les dangers du mercure dépendent avant tout de la mauvaise administration.

Traitement des affections pyogènes par la provocation d'abcès artificiels (abcès de fixation).

M. *A. Fochier* (de Lyon) a lu à l'Académie de médecine l'importante note suivante : « 1° La provocation d'abcès artificiels m'a paru être la cause de la guérison dans plusieurs cas graves d'infection puerpérale. Elle a paru aussi avoir une influence favorable sur la marche de pneumonies menaçantes. Je considère comme très probable que cette action curative se produira dans la pyémie, les septicémies, l'érysipèle, la grippe, l'ostéomyélite, dans certaines complications de la fièvre typhoïde, dans toutes les maladies infectieuses pouvant produire des suppurations multiples, et, d'une façon plus générale, dans toutes les maladies aiguës pouvant aboutir à la suppuration, que cette suppuration soit un phénomène désirable ou qu'au contraire elle menace de détruire un organe important.

2° Les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine me paraissent être jusqu'ici le procédé le plus efficace pour provoquer des abcès artificiels. Elles produisent des phlegmons dont l'acuité, l'intensité, l'apparence de diffusion sont très variables et il y a le plus souvent un rapport entre l'acuité du phlegmon et l'amélioration des symptômes généraux.

3° Les deux points d'élection pour provoquer des abcès sont pour moi l'empreinte deltoïdienne et l'hypogastre : la douleur occasionnée par les phlegmons paraît moins vive en ces deux points que partout ailleurs. Mais, lorsqu'il y a une lésion locale, il paraît utile de provoquer l'abcès artificiel dans le voisinage de la lésion pour obtenir une révulsion ou une dérivation, pour améliorer l'état local en même temps qu'on obtiendra la *fixation* de l'infection généralisée.

4° L'injection elle-même est peu douloureuse, mais les douleurs deviennent assez vives une heure ou deux après la piqûre et peuvent rester pénibles pendant 48 heures. Le phlegmon provoqué peut revêtir deux allures différentes ; *a)* la forme anthracoïde dans laquelle, à la suite d'une vive réaction, on voit des pustules d'acné se former sous l'épiderme et se mettre en communication avec la collection sous-cutanée par des orifices multiples donnant passage à un pus mal lié mélangé de détritus de tissus sphacélés ; *b)* la forme résiduelle où, après une période d'acuité

plus ou moins grande et le plus souvent de fluctuation non douteuse, l'abcès prend une consistance pâteuse, tout en continuant à se développer lentement sans manifester parfois aucune tendance à l'ouverture spontanée. L'abcès renferme alors une sorte de mastic composé de pus, dont la partie liquide s'est résorbée, et de débris de tissu cellulaire nécrosé.

5° Deux piqûres à la fois m'ont paru toujours suffisantes et je ne crois pas qu'il faille ouvrir s'il n'y a pas une convalescence très franchement établie. Mais on peut sans inconvénients faire quatre piqûres à la fois comme MM. Lépine et Dieulafoy, ou en faire tous les deux jours comme M. Thiéry (de Rouen). Dans les états infectieux généralisés, surtout s'il n'y a pas eu de lésion locale considérable, tant que la convalescence n'est pas franchement établie, il faut revenir aux phlegmons artificiels et, au besoin, n'en ouvrir un qu'après en avoir établi un autre.

6° Dans les infections générales avec lésions locales importantes, il n'est nullement indiqué (comme on l'a dit pour les affections cycliques ou localisées, la pneumonie, par exemple) d'attendre que cette lésion manifeste de la tendance à la suppuration ; il faut néanmoins, pour être autorisé à instituer ce traitement pénible, que les signes d'infection soient menaçants et ne puissent pas être conjurés par une intervention locale s'adressant au point de départ de l'infection (évacuation de foyers purulents, lavages antiseptiques, par exemple).

7° Certains états morbides subaigus ou chroniques, certaines affections chirurgicales sont peut-être justiciables de la pyogenèse artificielle localisée.

Traitement des chancres sous-phimosiques.

M. *Cordier*, chirurgien-major de l'Antiquaille, rend compte à la Société des sciences médicales de Lyon des succès qu'il a obtenus dans le traitement des chancres simples *sous-phimosiques*.

Il a tout employé, depuis l'expectation jusqu'aux caustiques les plus énergiques, en passant par les antiseptiques faibles et les solutions faibles de nitrate d'argent.

Le moyen qui lui a le mieux réussi et d'une façon surprenante, c'est la solution saturée de chlorure de zinc, c'est-à-dire de 50 grammes de chlorure de zinc dans 40 grammes d'eau distillée. La guérison s'obtient par ce moyen en dix et douze jours.

Les chancres sous-phimosiques peuvent guérir très simplement en vingt ou vingt-cinq jours. Mais ordinairement, et c'est dans ces cas surtout que le chlorure de zinc fait merveille, il existe des chancres sur le limbe du phimosis. Ces chancres par la cicatrisation augmentent la malformation et rendent la circoncision nécessaire ; mais alors cette dernière peut favoriser l'éclosion de bubons secondaires chancrelleux, alors même que l'antisepsie a été bien faite et que les chancres paraissent guéris.

D'autres fois des accidents inflammatoires plus ou moins graves se produisent accompagnés d'ulcérations profondes du gland et du prépuce. Ces ulcérations du gland sont très douloureuses. On conseille encore dans ces cas les cautérisations au fer rouge ; mais alors on peut voir les bubons chancrelleux naître secondairement.

Le procédé de M. Cordier se résume en deux temps :

1° Lavage de la cavité préputiale avec de l'acide borique.

2° Injection dans cette cavité bien lavée d'un gramme ou deux d'une solution saturée de chlorure de zinc. La durée de l'action caustique est d'une minute au moins et de deux minutes au plus.

Nouveau lavage boriqué et circoncision immédiate.

La cautérisation au chlorure de zinc est énergique, elle détermine une sensation particulière de chaleur perçue par la main de l'opérateur.

Après l'incision du prépuce, le gland mis à nu apparait blanchâtre, mais un lavage boriqué enlève ce dépôt superficiel et cette coloration ne persiste que sur les points ulcérés.

L'action du chlorure ne s'accompagne que d'une douleur très supportable, et au réveil après l'opération la douleur est insignifiante. Il n'en est pas ainsi avec la cautérisation au fer rouge.

Le chlorure de zinc a l'inconvénient de causer des hémorrhagies assez abondantes pendant la circoncision, mais cet accident est en somme peu grave.

Quand on pratique la suture, il ne faut pas s'inquiéter des chancres qui viennent d'être baignés par la solution caustique. La réunion se fait par première intention même à leur niveau.

Dans les cas de chancre simple accompagné de balanite ulcéreuse simple, non encore chancrelleuse, on peut par ce moyen causer une cautérisation un peu trop étendue, mais cela n'a pas d'inconvénient bien marqué.

La pleurésie à l'Académie (*suite*).

Dans la séance du 3 mai, *M. Dujardin-Beaumetz* a pris la parole pour répondre à M. Peter. — Pour ressusciter la méthode antiphlogistique abandonnée aujourd'hui par tout le monde, en France et à l'étranger, M. Peter devrait fournir une statistique positive basée sur sa pratique personnelle et non les résultats de trente cas pris au hasard dans les cliniques d'Andral et de Bouillaud, sur lesquels il établit la mortalité de la pleurésie il y a 70 ans. M. Peter compare cette mortalité de 3 % avec la mortalité de la pleurésie à l'hôpital Necker pendant les années de 1889-1891, statistique qui comprend, elle, bien entendu, tous les cas de pleurésie qui se sont présentés à l'hôpital, quelle que soit la période de leur évolution. Il arrive ainsi au chiffre de 7 % ; cette statistique comprend en particulier celle de son propre service et c'est la différence entre le chiffre de 3 % et celui de 7 % qui montre les avantages de la médication antiphlogistique.

Lorsque l'on veut, devant une opinion aussi unanime et aussi généralisée dans tous les pays, prouver que la pratique médicale est dans une mauvaise voie et que tout le monde a tort, il faut appuyer son opinion sur des documents indiscutables.

Les faits de Landouzy montrent bien la gravité de la pleurésie que nos pères ignoraient, puisque c'est là souvent une première manifestation de la tuberculose et M. Peter ne mettra pas sur le compte de la médication employée cette évo

tion tuberculeuse. Or cette coïncidence est telle qu'on peut dire que sur cent pleurèsies, plus de quatre-vingts sont tuberculeuses.

La gravité de la pleurésie et d'un grand nombre d'autres affections inflammatoires est plus grande de nos jours et cela peut résulter surtout de la modification du terrain sur lequel se développent ces maladies inflammatoires.

En outre, nous connaissons mieux la pleurésie aujourd'hui. Lorsqu'Andral en 1822 et Bouillaud en 1837, publiaient leurs cliniques, peu d'années les séparaient de la découverte de l'auscultation ; c'est à peine si les médecins savaient ausculter, et un grand nombre de pleurésies passaient inaperçues.

Non seulement nous diagnostiquons mieux ou plutôt l'immense majorité des médecins diagnosque mieux la pleurésie qu'autrefois, mais nous en connaissons mieux l'évolution. Connaissant mieux la maladie, nous la traitons mieux.

Enfin, dans sa communication, M. Peter soutient que le traitement qu'il préconise est surtout applicable à la phase qu'il appelle présécrétoire. Mais cette phase peut être excessivement courte et il est bien rare que nous soyons appelés à donner nos soins et surtout à poser le diagnostic dans cette période.

L'introduction de la thoracentèse est, de l'avis de tous, un immense progrès dans le traitement de la pleurésie.

M. *Lancereaux* a sur la question des opinions très personnelles et trés intéressantes. Il croit que les divergences qui se sont produites dans cette discussion tiennent surtout à ce qu'on a perdu de vue que la pleurésie n'est pas une affection unique, mais qu'il y a des pleurésies. La pleurésie séreuse unilatérale, ou pleurésie *a frigore*, sur laquelle doit uniquement porter le débat, constitue une maladie des mieux définies, car sa lésion est toujours identique et son évolution aussi constante que celle de la fiévre typhoïde. En cela elle se rapproche des maladies nettement déterminées, et comme elle est toujours accompagnée de fièvre, elle est en tout comparable aux pyrexies. Aussi le nom qu'il conviendrait de lui donner est-il celui de fièvre pleurétique.

La fièvre est, en effet, le phénomène initial de cette maladie qui débute comme la pneumonie par un frisson avec la différence que ce frissou est beaucoup moins intense que celui de cette dernière maladie et qu'il est rarement unique. Sur 81 malades qui ont passé sous les yeux de M. Lancereaux le frisson a fait défaut, au plus, trois fois.

En même temps se produit le point de côté. Jusqu'ici il n'y a pas encore de liquide épanché ; la maladie existe bien, mais la lésion n'est pas constituée.

Alors se produit l'épanchement, qui, après avoir duré quelques semaines, se résorbe tout à coup en l'espace de 24 à 48 heures.

La fièvre pleurétique évolue ainsi à la façon d'une fièvre typhoïde ; elle offre, comme cette dernière, trois périodes successives qui, en général, procèdent par septénaire. La guérison en est la régle, et c'est par exception qu'elle tue. La mort est rarement le fait direct de la maladie, mais plutôt d'une action mécanique sur les organes du voisinage et notamment sur le cœur, qu'elle déplace et qui alors peut s'arrêter en syncope.

Quant à l'application de la thoracentèse, voici ce que pense M. Lancereaux.

Le but visé ne pouvant être de débarrasser le malade de tout son épanchement, puisque la fièvre pleurétique n'en persisterait pas moins, il ne faut pratiquer la thoracentèse que pour diminuer l'oppression et remédier au déplacement des organes de voisinage, le cœur particuliérement, de façon à éviter autant que possible la syncope.

M. *Lancereaux* reconnaît bien, avec M. Peter, que cet accident peut avoir lieu même avec un épanchement faible, et qu'il suffit pour le produire d'un acte réflexe partant du pneumogastrique, ou peut-être même du phrénique, mais il n'est pas moins vrai qu'il est plus à redouter quand le cœur est déplacé. D'ailleurs, plusieurs cas de mort subite survenus chez les individus atteints de faibles épanchements, avaient trait, non à la fiévre pleurétique, mais bien à la pleurésie tuberculeuse, affection dans laquelle les filets nerveux sont plus facilement lésés au cours de la pleurésie.

La fièvre, nous le savons, tombe dans la seconde période, huit ou quinze jours avant la résorption de l'épanchement ; ici comme dans la pneumonie, la localisation se continue un certain temps après la chute de la fièvre. On a dit qu'il faut attendre cette chute pour opérer. Cela vaut mieux, mais seulement à la condition qu'il n'y ait aucun déplacement d'organes, car, pratiquée même pendant la période fébrile, la thoracentèse est sans dangers.

Arrivé au moment où survient généralement la résorption du liquide épanché, c'est-à-dire à la fin du 4e et à plus forte raison du 5e septénaire, la thoracentèse est encore indiquée lorsque le liquide est par trop abondant, car il suffit d'en diminuer quelque peu la quantité pour en faciliter la résorption.

M. *Dieulafoy* reprend la parole pour formuler ses conclusions sur les cas dans lesquels la thoracentèse est urgente.

1° L'urgence de la thoracentèse ne peut et ne doit être basée que sur l'évaluation de la quantité du liquide épanché ;

2° La thoracentèse est absolument inoffensive et exempte de tout incident quand on a soin de ne pas retirer plus d'un litre de liquide en une séance ;

3° La thoracentèse, pratiquée avec les procédés antiseptiques connus, ne transforme jamais une pleurésie séro-fibrineuse en pleurésie purulente.

Le double souffle crural et la manière de renforcer les bruits du cœur (1).

Il arrive souvent, dit M. *Azoulay*, chez des malades atteints d'insuffisance aortique, de ne pas pouvoir constater le double souffle crural de Durozier. Ce souffle est cependant un des meilleurs signes de l'insuffisance aortique, mais, pour le percevoir, il faut prendre certaines précautions.

Le malade est couché le plus horizontalement possible dans son lit ; à l'aide du traversin, on lui soulève la tête seulement ; il élève lui-même ses deux bras verticalement, mais sans y mettre d'effort, et un aide lui soulève, par le talon, tout le membre inférieur qu'on n'ausculte pas,

(1) Soc. Biologie.

suivant un angle de 30° ou de 40° au-dessus du plan du lit. Si l'on n'a pas d'aide, comme cela a lieu dans la clientèle par exemple, on plie le genou le plus possible, le pied appuyant sur le lit. On palpe l'artère crurale du membre resté horizontal, au niveau de l'arcade de Fallope ; le stéthoscope est placé sur l'artère. On appuie suffisamment le stéthoscope et un peu plus par le bord qui est du côté du pied, jusqu'à ce qu'on entende nettement le souffle du premier temps, puis en appuyant plus ou moins encore, on entend nettement le souffle de retour. Il faut toujours ausculter les deux crurales successivement. L'auteur est parvenu de cette façon à entendre chez des malades atteints d'insuffisance aortique, le double souffle crural qui, jusque-là, n'avait pu être constaté. Quand, dans la position ordinaire du malade, le double souffle était peu net, il a été rendu évident par la manœuvre indiquée plus haut. Le premier souffle est toujours plus fort et le deuxième est plus net que lorsqu'on l'entend en position demi-couchée.

Dans une communication ultérieure à l'Académie, M. Azoulay a montré que cette technique pouvait être généralisée et utilisée pour renforcer en toute circonstance les bruits cardiaques pathologiques.

Attaques épileptiformes et incontinence nocturne d'urine.

M. *Laveran* communique l'observation d'un jeune soldat de 21 ans qui, depuis l'âge de 18 mois, présente de l'incontinence nocturne d'urine et des attaques épileptiformes. Les attaques étaient très fréquentes dans la première enfance : mais depuis l'âge de 14 ans, elles sont devenues de plus en plus rares. L'incontinence d'urine remonte, elle aussi, à la première enfance ; elle a persisté depuis cette époque et sans améliorations. Après avoir essayé contre elle toutes les médications d'usage, M. Laveran soumit le malade à l'électrisation du col de la vessie par le procédé de Guyon. Il constata alors, du côté de l'uréthre, des troubles profonds de la sensibilité ; le malade, en effet, ne sentait pas pénétrer la sonde dans son urèthre ; il ne sentait pas non plus les courants électriques même les plus forts de la pile de Gaiffe. Cependant la contraction du sphincter se produisait. Cette électro-anesthésie s'étendait à tout l'uréthre, au gland, au fourreau de la verge, à la partie supérieure des cuisses et à l'hypogastre. Dans toutes ces régions, la sensibilité avait complétement disparu ; c'était une anesthésie en forme de caleçon de bain. La sensibilité était intacte aux bourses. L'anesthésie du col vésical paraît être, chez ce malade, en rapport avec l'incontinence nocturne d'urine par affaiblissement des réflexes qui mettent en jeu le sphincter vésical. Cette anesthésie et l'incontinence doivent-elles être attribuées à l'hystérie ou à l'épilepsie ?

Ce malade ne présente ni rétrécissement du champ visuel, ni anesthésie pharyngée, ni achromatopsie, ni dyschromatopsie, en un mot aucun stigmate d'hystérie. En faveur de l'épilepsie, on trouve au contraire des attaques qui datent de l'enfance.

L'anesthésie est beaucoup moins connue dans l'épilepsie que dans l'hystérie ; peut-être parce qu'on ne la recherche pas. D'après M. Féré, l'anesthésie n'est cependant pas particulière à l'hystérie ; elle existerait aussi assez souvent dans l'épilepsie.

Au point de vue pratique, comme l'incontinence d'urine est une maladie fréquemment simulée dans les armées, il sera utile à l'avenir de rechercher l'électro-anesthésie de l'urèthre comme une preuve de la réalité de l'affection.

M. *Mathieu* fait remarquer qu'il est souvent très difficile de dire si un accès est épileptique ou hystérique. Lorsqu'il y a d'autres stigmates d'hystérie, le diagnostic est possible ; mais ces stigmates peuvent manquer complètement sans que l'on soit en droit d'affirmer l'épilepsie. M. Mathieu a observé quelques hystériques dont les attaques ressemblaient absolument aux attaques épileptiques ; sans l'existence des stigmates ordinaires, on n'eût pas songé à l'hystérie. On a prétendu qu'il y avait augmentation de l'urée après l'accès épileptique et qu'il n'en était pas ainsi après l'accès hystérique ; on a dit aussi que l'inversion de la formule des phosphates était un moyen de diagnostic. Mais bien des auteurs se refusent à accorder à ces signes la valeur qu'on leur a attribuée.

M. Mathieu en arrive donc à penser qu'il n'y a pas de limite tranchée entre l'hystérie et l'épilepsie, et que ces deux maladies peuvent être regardées comme deux rameaux d'une souche unique.

M. *Ballet* proteste contre les dernières paroles de M. Mathieu. Il n'y aurait plus de nosologie possible si on ne séparait pas deux maladies aussi nettement individualisées que l'hystérie et l'épilepsie. Le diagnostic entre ces deux affections est, il est vrai, quelquefois difficile, surtout si on n'a pas assisté à l'attaque ; mais, dans le cas contraire, il est bien rare que certains détails (mouvements du ventre, par exemple, dans l'hystérie) ne frappent pas un œil un peu exercé. En outre, ce n'est que très exceptionnellement que l'attaque d'hystérie se limite à la phase épileptique. De plus, l'attaque hystérique n'est presque jamais nocturne ; enfin, le bromure de potassium fournit un moyen de diagnostic, puisqu'il n'a aucune action sur les grandes crises hystériques tandis qu'il diminue le nombre des crises épileptiques.

M. Laveran n'a pas songé, pour son malade, à une troisième hypothèse, qui semble pourtant la plus plausible, celle d'accidents hystériques associés à des phénomènes épileptiques.

L'anesthésie en forme de caleçon de bains doit être rattachée à l'hystérie, mais l'incontinence d'urine est sous la dépendance de l'épilepsie. L'anesthésie de la muqueuse de l'urèthre n'est pas rare chez les hystériques et certains d'entre eux urinent sans s'en douter ; mais ce n'est pas là de l'incontinence vraie. Les anesthésies des hystériques ne sont, en effet, que de fausses anesthésies que leur origine corticale différencie nettement des anesthésies d'origine spinale ou par lésion de la capsule.

Sur certaines épistaxis rares (1).

Le Dr *Monnier* rappelle que l'épistaxis est, au point de vue pratique, ou traumatique ou spontané.

Les causes de cette dernière sont ordinairement sous la dépendance de l'état général, compliqué

(1) *France Médicale.*

de lésions de la muqueuse des fosses nasales.

Quelquefois on ne peut même incriminer que l'état local, et alors on observe à la rhinoscopie soit une tumeur du nez, soit de petites varices ou télangiectasies des vaisseaux de la cloison. Neuf fois sur dix, de l'avis de tous les spécialistes, c'est de la partie antérieure de la cloison que provient l'hémorrhagie, ce qui explique les nombreux succès du tamponnement antérieur. Dans ces cas, en effet, il y a compression directe du point saignant, d'où hémostase parfaite, surtout avec le calibre du vaisseau rompu qui est presque toujours extrêmement petit.

Mais il y a des épistaxis spontanées qui ne tirent point leur origine des fosses nasales, elles proviennent de la portion supérieure du pharynx, et on observe que le sang s'écoule autant par le nez que par la gorge. Ces épistaxis d'origine pharyngienne ne se produisent que rarement, et toujours quand il y a tumeur ; c'est ainsi qu'elles sont extrêmement fréquentes chez les enfants atteints de polypes naso-pharyngiens.

Quant aux épistaxis spontanées à point de départ pharyngien, sans tumeurs d'aucune sorte, avec une muqueuse saine, elles sont très rares, difficiles à diagnostiquer sans rhinoscopie ou toucher digital, et peu capables d'être arrêtées même par le tamponnement des fosses nasales.

1° L'écoulement du sang par les deux narines ou par une seule n'est pas la preuve que la source de l'épistaxis soit dans les fosses nasales.

2° Si le tamponnement antérieur bien fait arrête souvent les hémorrhagies nasales, il faut savoir qu'il y a des cas où le tamponnement complet (antérieur et postérieur) est impuissant et qu'il faut en arriver aux badigeonnages du rétro-pharynx avec les liquides hémostatiques.

3° Un des meilleurs hémostatiques est l'antipyrine en solution aqueuse à 1/10 ou 1/5, bien mieux supportée que le perchlorure même dilué, et ne donnant lieu à aucun accident.

MÉDECINE PRATIQUE

Diagnostic et traitement de quelques adénopathies du cou.

L'existence de ganglions augmentés de volume dans la région du cou est un fait de clinique courante qui appelle un certain nombre de réflexions au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique.

La constatation d'un ou plusieurs ganglions hypertrophiés, suivant la région du cou où existe l'adénopathie et suivant les caractères qu'elle revêt, nous fait naturellement penser à des maladies diverses et quand nous avons établi quel est l'état morbide en cause, nous avons à résoudre un problème souvent assez délicat parce qu'il est d'une haute importance sociale pour beaucoup de malades, toutes les femmes et tous les jeunes gens au moins, que le cou ne soit rendu ni difforme, ni disgracieux. Eviter les cicatrices de cette région ou, quand on ne le peut, tâcher du moins de les rendre aussi petites et aussi peu apparentes que possible est un devoir strict pour le médecin.

I.

Il y a lieu de distinguer d'abord les *adénites aiguës* des adénopathies chroniques.

Parmi les premières il y a celles qui surviennent *au cours ou à la fin de maladies aiguës* dont elles sont une complication : ainsi les adénites de la diphthérie, de la scarlatine, des états typhiques ou pyémiques.

Pour celles-là le diagnostic est aisé, il est imposé par l'existence connue de la maladie primitive. On sait aujourd'hui avec certitude que ces adénites sont l'expression d'infections secondaires par des microbes pyogènes. Ce ne sont ni le bacille de Lœffler qui donne le bubon diphthérique, ni l'agent infectieux encore inconnu de la scarlatine qui engendre directement le bubon scarlatineux ; ces adénites n'indiquent le caractère de malignité de la maladie primaire que parce qu'elles attestent le défaut de résistance de l'organisme à la pénétration des staphylocoques et streptocoques.

C'est par l'intermédiaire de l'angine, de la stomatite, ou de la laryngite que la diphthérie, la scarlatine, la dothiénenterie, la variole font suppurer les ganglions du cou. C'est dans la recherche de l'antisepsie bucco-pharyngienne que doit résider la prophylaxie de ces adénites ; les gargarismes, irrigations et pulvérisations avec des solutions d'acide borique, d'acide phénique, de résorcine, de thymol, de sublimé prendront toujours place dans le traitement de ces maladies.

Dès que la tuméfaction des ganglions commencera, on redoublera d'antisepsie, parce que la suppuration n'est pas toujours fatale. Il ne suffit pas que quelques microbes aient pénétré dans les ganglions pour les faire suppurer ; il en faut beaucoup, la question du nombre est un élément capital dans l'action des agents infectieux. Quelques microbes qui ont fait invasion dans un ganglion en provoquent l'irritation réactionnelle et défensive ; los cellules lymphatiques peuvent suffire à détruire ces envahisseurs, si des renforts venus de la cavité bucco-pharyngienne ne remplacent pas au fur et à mesure ceux qui sont détruits. Il ne faut donc pas se borner à l'expectation ; que les antiseptiques tarissent à sa source même l'invasion microbienne.

Si cependant on n'a pu empêcher la suppuration, dès que la fluctuation est perceptible, il faut intervenir en allant ponctionner le ganglion suppuré on drainer le foyer d'adéno-phlegmon qui s'est formé autour de lui. On évitera ainsi les décollements étendus, les fusées purulentes à distance le long des plans aponévrostiques ou des faisceaux vasculo-nerveux. L'ouverture faite à la peau sera autant que possible pratiquée dans la partie la plus déclive, aussi nette et aussi petite que faire se pourra.

L'adénite aiguë peut se présenter *comme premier symptôme morbide*.

Le ganglion tuméfié et douloureux siège-t-il sous le maxillaire inférieur, ou en arrière de l'angle de la mâchoire, ou le long du sterno-mastoïdien, ou à la nuque ?

Suivant les cas il faut faire l'examen du plancher de la bouche, des gencives et des dents, de la face interne des joues ; des amygdales et du pharynx, ou du larynx, ou des téguments du cuir chevelu.

Ces diverses adénites aiguës sont fréquentes dans l'enfance. Une ulcération sublinguale dans la coqueluche, infectée secondairement, — une stomatite ulcéreuse, — une périostite alvéolo-dentaire, — une amygdalite ou une laryngite, — l'impétigo du cuir chevelu avec ou sans phthi-

riase sont les causes les plus habituelles de ces adénites.

Insistons sur le diagnostic différentiel entre l'adénopathie sous-mentonnière et les oreillons sous-maxillaires, entre l'adénopathie rétro-maxillaire et l'oreillon parotidien.

Un cas qui n'est pas rare est celui où l'adénopathie coexiste avec du trismus, cas assez fréquent au moment de la dentition ou à l'occasion de certaines inflammations tonsillaires chez des enfants du premier âge. Quand les antispasmodiques, administrés en lavements on en inhalations, auront amené la détente de l'hypertonie réflexe des masséters, on pourra avoir la preuve du point de départ amygdalien de l'adénite ; en attendant ce moment, on se trouvera bien d'appliquer autour du cou des compresses imbibées d'eau froide et recouvertes de flanelle et de taffetas gommé ; ce procédé hydriatique est souvent suivi du plus heureux effet.

Au lieu de trismus, l'amygdalite peut provoquer le torticolis. J'ai vu un enfant qui, trois fois au cours de sa première dentition, a été pris des mêmes accidents : insomnie, refus d'alimentation, torticolis, adénite cervicale ; trois fois c'était une amygdalite tonsillaire aiguë qui actionnait ce syndrôme.

Je mentionnerai seulement pour mémoire l'adénite rétro-maxillaire ou sous-maxillaire qui accompagne si souvent le début de l'érysipèle de la face, c'est-à-dire l'angine érysipélateuse.

Entre les adénites aiguës, et les adénopathies franchement chroniques se placent certaines adénites qu'on peut appeler *subaiguës* ou du moins d'une durée de quelques semaines seulement, comme l'adénite cervicale qui accompagne le chancre syphilitique de l'amygdale sur laquelle j'ai insisté en 1883 dans un mémoire sur le chancre amygdalien et l'adénite sous-maxillaire liée au chancre de la lèvre. Un ganglion dur, gros, isolé, indolent, avec quelques autres plus petits dans le voisinage, constituent la pléiade révélatrice qui ne dure guère moins de six à douze semaines.

II

Puis nous avons à nous occuper des adénopathies de durée plus longue encore, comme celle des cancers de la lèvre, de la langue, de l'amygdale, du larynx, avec le caractère de dureté extrême, et d'indolence des ganglions, les hypertrophies ganglionnaires syphilitiques de la période secondo-tertiaire qui consistent en ganglions moins durs, isolés, roulant sous le doigt, surtout rétro-mastoïdiens et sous-occipitaux.

Enfin nous nous inquiéterons des *adénopathies franchement chroniques* de la scrofulo-tuberculose, susceptibles de poussées aiguës ou subaiguës, à tendance caséeuse ou suppurative plus ou moins accentuée, qu'il faut distinguer des masses de lymphadénome dont le pronostic est différent et dont la thérapeutique est du ressort chirurgical, lorsque l'arsenic à haute dose ne l'a pas modifié.

Les adénopathies scrofuleuses ont une marche très variable suivant les sujets et rien n'est plus difficile que de prédire leur évolution quand on est consulté pour la première fois par un sujet qui en est atteint.

Quand il s'agit d'un ou deux ganglions uniques bien limités, mobiles, sans empâtement du tissu ambiant, on peut le voir persister bien des années sans changement aucun.

Si la consistance reste ferme, qu'il n'y ait aucun accroissement, et que le ganglion soit à peine apparent à l'extérieur, mieux vaut n'y pas toucher et se contenter du traitement interne, modificateur de l'infection tuberculeuse ou du terrain purement lymphatique.

S'il y a tendance à l'accroissement et surtout au ramollissement par caséification, on est autorisé à pratiquer suivant les cas soit l'extirpation, soit les injections interstitielles de naphtol camphré.

S'il y a véritable fluctuation, et que le ganglion soit transformé en un kyste purulent, la ponction aspiratrice, suivie d'une injection d'éther iodoformé, peut être faite, ou bien il faut faire le curage de la poche caséo-purulente.

Quand on est en présence de ces grosses masses ganglionnaires qui forment un chapelet difforme le long du cou depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule, ou s'étendant transversalement sous le maxillaire d'un côté à l'autre du cou, on peut essayer de provoquer la sclérose du tissu cellulaire en pratiquant en divers points de cette masse, autour des ganglions les plus accessibles, l'injection de quelques gouttes de la solution de chlorure de zinc au 1/10e (méthode sclérogène de Lannelongue).

Il est toujours temps de se résoudre à l'énucléation de toute cette masse, intervention de grande chirurgie.

Ces extirpations ont souvent d'ailleurs un côté décourageant : à peine un groupe de ganglions est-il extirpé qu'un autre s'hypertrophie et suppure à son tour. J'ai vu des sujets opérés plusieurs fois ainsi en peu d'années.

Quant aux traitements médicaux à opposer, à toutes les variétés d'adénopathies scrofuleuses du cou, ils sont efficaces dans beaucoup de cas, à la condition d'être poursuivis *avec ténacité* et *à doses suffisantes.*

Il en est un, le plus ancien, c'est *l'huile de foie de morue,* et je puis affirmer par expérience que ce vieux remède est vraiment efficace, mais à la condition d'être employé *à hautes, très hautes doses*, comme M. Grancher le professe.

Ce n'est pas deux ou trois cuillerées à soupe par jour qu'il faut faire prendre, c'est au moins six et souvent beaucoup plus. J'ai vu une jeune fille de 15 ans prendre dans le service de la Clinique des Enfants 14 cuillerées à soupe par jour d'huile de foie de morue ; elle avait d'énormes masses ganglionnaires qui ont littéralement fondu en trois ou quatre mois. Mais il va sans dire que ce *traitement réclame un estomac et un intestin excellents,* car il ne faut pas encore que l'huile ingérée entrave l'alimentation normale. Peut-être pourrait-on obtenir un résultat analogue par l'usage du morrhuol, mais je n'ai pas de fait probant à citer.

Aussi, dans la plupart des cas, j'accorde ma confiance à l'une des deux médications internes suivantes : l'*iodoforme* et la *teinture d'iode*.

M. Verneuil a insisté avec raison sur l'efficacité incontestable de l'iodoforme dans certaines tuberculoses locales. J'y souscris sans réserve pour les adénopathies aphlegmasiques : suivant l'âge des sujets on donnera cinq, dix, quinze, vingt centigrammes d'iodoforme pro die, en pilules de cinq centigrammes, que j'enrobe volontiers, dans le tan-

nin et la poudre de café porphyrisé pour les désodoriser. Au bout de quelques semaines, s'il y a de l'embarras gastrique, on suspend pendant une semaine ; on donne un ou deux purgatifs, pendant quelques jours l'antisepsie intestinale avec les naphtols ; puis on recommence *pendant des mois*. J'ai vu des exemples saisissants de ganglions en voie de caséification qui rétrocédaient, se sclérosaient. On avait déjà préparé le bistouri pour intervenir quand on assistait à la rétrocession graduelle.

Puis la teinture d'iode, donnée à la dose de dix à quarante gouttes pro die dans du vin d'Espagne ou simplement de l'eau sucrée, produit aussi de bons effets, mais surtout chez les sujets à scrofule franchement torpide ; car l'iode, sous cette forme, provoque plus facilement des poussées réactionnelles subaiguës ou même aiguës dans les ganglions et leur atmosphère celluleuse. Dès que cette réaction devient trop vive, il faut diminuer ou cesser l'iode ; sinon la suppuration suit.

Pour alterner avec les médicaments précédents, le sirop d'*iodure de fer* et les *préparations iodo-tanniques* jouent un rôle utile dans le traitement de certains sujets lymphatiques et anémiques, soit avec catarrhe bronchique sans induration pulmonaire ni bacilles dans les crachats ; dans les cas de bacillose pulmonaire, la créosote devient indispensable.

De temps en temps, une petite *cure arsenicale* interviendra utilement lorsqu'il n'y a pas de poussée subaiguë.

Il n'y a pas lieu de dédaigner *certains topiques*, comme les applications fréquentes de compresses de tarlatane imbibées d'eau salée à 3 pour 100, les pommades contenant de l'ichthyol, voire même les applications réitérées de petits vésicatoires volants suivies d'onctions avec l'onguent mercuriel ou l'emplâtre de Vigo.

Il ne faut pas oublier que l'*alimentation* du malade doit être l'objet de soins attentifs ; que la viande, les œufs, les poissons gras, les sardines à l'huile, les graisses, les purées de farineux, le laitage feront la base de l'alimentation.

On utilisera encore les bains salés iodés et bromés.

P. Le Gendre.

HYGIÈNE

Notes sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde à la campagne

Par M. Lefeuvrier, médecin à Erquy (Côtes-du-Nord).

Les nombreux cas de fièvre typhoïde que j'ai observés à Erquy pendant deux années consécutives (111 cas sur 2,900 habitants) m'ont conduit à rechercher les causes et les modes de contagion de cette épidémie et à indiquer les moyens qui m'ont semblé les plus utiles pour empêcher, en ce qui concerne la campagne, le retour de pareilles épidémies.

Je puis me résumer ainsi :

1° Le foyer principal d'où rayonnèrent plus tard la plupart des cas paraît être le grand village du Tu-es-Roc. Là, après quelques cas isolés, apparaissait un tel nombre de cas simultanés, qu'on put croire à une endémie plutôt qu'à une épidémie.

J'ai cru devoir, à l'exemple de MM. Chantemesse, Widal, etc., incriminer les eaux d'alimentation.

Toutefois, l'eau était rarement absorbée en nature, mais elle servait à la fabrication de la *piquette*, sans avoir été préalablement bouillie et les puits du village sont entourés et pénétrés de tels déchets organiques que leur eau doit facilement servir à la conservation et peut-être même à la culture des microbes pathogènes.

Il me semble impossible d'admettre que la très légère fermentation produite dans la fabrication de la piquette puisse arriver à détruire le bacille d'Eberth. Peut-être pourrait-elle tout au plus modifier sa nutrition et sa reproduction normale sans pouvoir empêcher la sporulation et attaquer la résistance des spores.

2° Deux fois l'eau des lavoirs m'a paru être la seule cause de contagion. Dans un cas, l'eau d'un ruisseau, après avoir servi à laver les linges de typhiques, était arrêtée quelques cents mètres plus bas pour servir de lavoir aux habitants d'un village encore indemne, mais dans lequel la maladie ne tarda pas à éclater. — Dans l'autre cas, les linges des malades et des bien portants étaient lavés dans l'eau stagnante d'un même lavoir.

3° Les cas de contagion les plus nombreux se sont produits chez des personnes qui fréquentaient d'une façon assez continue l'appartement des malades, et *surtout y prenaient leurs repas*. Il y a eu très peu de cas de contage en dehors de cette dernière condition. On sait du reste que la plupart des matières qui servent à notre alimentation : lait, purées de viandes, pommes de terre, etc., sont d'excellents terrains de culture pour le bacille d'Eberth.

4° Quelques cas de contagion à longue échéance paraissent avoir eu pour cause la conservation dans des objets de literie : couvertures, édredons, etc., des bacilles pathogènes ou plus rationnellement des spores de ces bacilles.

Or, nous savons que si les bacilles d'Eberth peuvent être éliminés de l'organisme malade par l'air expiré (Sicard), par les urines quelquefois (Bouchard), la principale voie d'élimination a lieu par les *matières fécales*.

Des fosses d'aisances non étanches peuvent laisser filtrer dans les puits environnants, en même temps que les matières fécales, les microbes pathogènes qu'elles peuvent avoir reçues. D'autre part, l'eau de ces puits peut conserver ces microbes et leur permettre de vivre d'autant plus longtemps qu'elle est plus chargée de matières organiques, chose inévitable *à la campagne* où l'on voit les puits entourés de fumiers et d'autres matières organiques en décomposition. Le même résultat se produit si les matières fécales, ce qui est encore à peu près la règle à la campagne, sont enfouies dans les fumiers avoisinant les puits.

Ces considérations expliquent bien les cas de contagion *par rayonnement*, expression que j'opposerai à la *contagion de milieu*. Cette dernière exige dans l'air du local habité par le malade la présence en suspension d'un grand nombre de bacilles.

Or, il me semble difficile d'admettre une évaporation considérable des matières fécales ; d'autre part, les expériences de M. Sicard n'ont mon-

tré qu'un petit nombre de bacilles cultivables éliminés par l'air expiré.

J'ai cru devoir attribuer la présence de bacilles en assez grand nombre dans l'air ambiant à ce que j'appellerai les *taches fécales*. Quelle que soit la propreté des malades et des garde-malades le linge qui sert aux typhoïdiques est presque toujours souillé de taches d'un gris jaunâtre produits par des matières fécales desséchées. Plus d'un médecin a dû, à la présence de ces taches, l'affirmation d'un diagnostic encore douteux, tant leur coloration est caractéristique. Ces taches, lors des mouvements imprimés aux malades, changements de lits, etc., sont réduites en poussière qui voltige dans l'appartement et entraîne avec elle les bacilles pathogènes dans l'air ambiant.

Alors, ou ces bacilles sont directement absorbés par l'appareil respiratoire et produisent ces bronchites, pneumonies et congestions pulmonaires pré-typhoïdiques que j'avais déjà mentionnées et que je suis heureux de voir affirmées par la haute autorité du Dr Sicard ; ou ils retombent sur les aliments de la famille (nous sommes toujours à la campagne, où la même pièce sert de dortoir, d'infirmerie, de cuisine et de salle à manger) et sont absorbés par le tube digestif où ils produisent une contagion directe, cas de beaucoup les plus nombreux.

L'énumération de ces modes de contagion nous indique naturellement les moyens à employer pour atténuer dans la mesure du possible les épidémies de fièvre typhoïde et peut-être arriver, dans un avenir plus ou moins éloigné, à l'extinction de cette maladie.

C'est d'abord : 1° la *stérilisation des matières fécales* au moyen d'une solution de sulfate de cuivre à 50 pour 1000 et mieux peut-être d'une solution composée de 30 de sulfate de cuivre et de 20 de sulfate de fer pour la même quantité d'eau. Cette dernière formule est excellente à la fois comme stérilisatrice et désinfectante.

Les matières fécales ne doivent jamais être enfouies dans la terre où l'humus peut servir d'excellent conservateur aux spores du bacille d'Eberth. Les boues des villes où la maladie revêt la forme endémique en sont remplies, comme plusieurs faits l'ont démontré.

Les taches des linges de literie devront être recherchées et lavées avec des solutions fortes d'acide phénique à 5 % ou de sublimé à 1 pour 1000.

2° Avant d'être mélangés au linge de la famille ou transportés au lavage, les linges des malades doivent avoir séjourné pendant au moins une demi-heure dans une solution bouillante de *chlorure de chaux* à 2 ou 3 pour 1000, et cette opération doit se faire dans la chambre même des malades.

3° Pendant la maladie, la pièce habitée par le malade doit être *aérée* et *ensoleillée* aussi largement que possible, la lumière et l'oxygène étant d'excellents microbicides.

Après la maladie, quelle qu'en ait été l'issue, la désinfection de la pièce doit être faite à l'aide des vapeurs d'*acide sulfureux*, suivant les procédés connus et pendant le temps nécessaire, plutôt prolongé que trop court (24 à 30 heures au moins). Les objets de literie : couvertures, édredons, oreillers, etc., doivent être soumis aux mêmes vapeurs et pendant le même temps.

4° L'isolement du malade sera pratiqué d'une façon aussi absolue que possible. Si on ne peut l'obtenir, au moins devra-t-on insister pour qu'il ne soit préparé et pris aucun repas dans l'appartement du malade.

Je voudrais que cette mesure fût étendue aux *chambrées des casernes* dans lesquelles ne devrait séjourner aucune matière destinée à l'alimentation.

5° La dernière prescription est d'une importance plus générale. Tout puits devrait être, pour permettre aux germes morbides d'épuiser leur vitalité avant qu'une infiltration fût possible, éloigné, en terrain plan, d'au moins *cent mètres* de tout fumier, fosses d'aisances, etc., et de *cent cinquante mètres* lorsqu'un terrain déclive peut déterminer une infiltration plus rapide des eaux.

Cette condition étant impossible à réaliser dans les petites agglomérations, les termes devront être changés, c'est-à-dire que : *toute fosse d'aisances* située à moins de *cent cinquante mètres* de puits ou autre réservoir d'eau destinée à l'alimentation, devra être construite *étanche* et *maintenue étanche*.

Enfin, les lavoirs publics devront être établis de telle sorte que l'eau puisse être facilement renouvelée et surtout qu'une même eau ne puisse servir deux fois au même usage.

On conçoit qu'il serait bien difficile au médecin de pouvoir faire exécuter ces prescriptions dont l'ensemble forme une sorte de *formule prophylactique*.

Si chacune prise isolément a peu d'importance, leur réunion peut en avoir une considérable.

Il serait à souhaiter que l'Administration prît à sa charge dans nos campagnes au moins les trois prescriptions qui suivent : la réglementation des eaux d'alimentation dans leurs rapports avec les fumiers et les fosses d'aisances ; la réglementation et l'établissement sérieux de lavoirs publics ; enfin la désinfection des locaux contaminés, quelle qu'ait été l'issue de la maladie.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La loi militaire et les étudiants en médecine.

La loi militaire, avec ses conséquences plus ou moins fâcheuses pour les étudiants en médecine, est la question à l'ordre du jour : *faire une année de service de 21 à 22 ans, et être reçu à 26 ans docteur ou interne, sous peine de retourner sous les drapeaux pour deux années encore*, telle est la loi. Le premier sentiment qui vient à l'étudiant et au médecin, c'est que la loi est mal comprise, injuste, qu'elle ne tient pas compte du temps nécessaire aux études, et qu'il faut au plus vite, y apporter des changements qui donnent satisfaction aux intéressés. La chose est-elle vraiment si urgente, c'est ce que nous nous sommes demandé, après bien d'autres ; et pour notre compte, nous n'hésitons pas à répondre négativement.

Nous oublions parfois, nous médecins, comme tout le monde, qu'au-dessus de notre intérêt particulier se trouve l'intérêt général ; chacun l'oublie d'autant plus facilement que son intérêt lui crève les yeux, tandis que l'intérêt général se perd dans le détail.

Pour sauvegarder les hautes études, on a fait, dans la loi militaire, des concessions aux étudiants, puisque sous certaines conditions il leur

est permis de ne faire qu'une année de service au lieu de trois. Il est inutile de développer cette vérité, qu'un peuple a intérêt à ce que ses médecins soient le plus instruits possible, et que les faveurs faites aux futurs médecins, dans l'intérêt de leurs études, sont commandées par l'intérêt de de tous, cela est incontestable. Mais cette réserve faite, il n'en est pas moins vrai que les étudiants doivent savoir gré au législateur de conserver leurs intérêts dans la mesure du possible. — Pourquoi la limite de 26 ans ? dit-on. Si l'on avait fixé 30 ans, personne ne trouverait à redire. — Pourquoi ? mais simplement parce que fixer cette limite plus tard, serait nier le principe d'ordre et d'unité qui domine la loi militaire. C'est dans la 27e année que surviennent les charges de la réserve ; si l'on fixe à 30 ans la limite du Doctorat, on ne pourra accomplir ces charges, puisque la période active n'est pas encore liquidée, et qu'on pourrait avoir ce galimatias singulier d'un territorial revenant faire deux ans de service actif, au cas possible où il aurait la malechance de ne pas être docteur à trente ans ? Alors faudra-t-il reculer les périodes de réserve après 30 ans ? Ce serait incompatible avec la loi qui fixe la durée de chaque service, actif, réserve, territoriale ; et il serait même impossible de donner une règle, car la majorité des médecins serait reçue avant 26 ans et préférerait accomplir ses périodes d'exercice, chacun avec sa classe respective. Nous croyons en avoir assez dit pour montrer que ce serait un fouillis inextricable et nous trouvons tout naturel que le législateur ait fixé 26 ans comme la marge la plus grande qu'il pût donner aux étudiants.

D'ailleurs est-il vraiment si difficile d'être reçu docteur à 26 ans ? Nous pourrions citer bon nombre de nos amis, ayant fait brillamment leurs études en cinq années, sans avoir fourni une somme de travail extraordinaire. Evidemment il est toujours ennuyeux d'être contraint à faire une chose et les étudiants qui commenceront à vingt ans, ne pourront plus, comme leurs aînés, vivre dans une douce quiétude. Mais il ne faut pas oublier que les conditions de la vie ont changé et ce n'est pas seulement la loi militaire qui doit contraindre les étudiants à faire vite et sérieusement leurs études, c'est aussi la nécessité, la force des choses ; on le voit clairement quand on compare les étudiants d'autrefois à ceux d'aujourd'hui.

Il y a quelque trente et quarante ans, on s'attardait sur les bancs du collège auprès des auteurs grecs et latins, et c'est le visage embroussaillé d'une barbe drue qu'on faisait une longue et sérieuse philosophie, bien plus sérieuse qu'aujourd'hui, nous affirmait il y a quelques jours, « *laudator temporis acti* », un vieux pharmacien opposant avec amertume les mœurs de son temps aux mœurs actuelles ; on finissait tard les études classiques, et, tard aussi, par conséquent, les études médicales. On travaillait ferme, je veux bien le croire ; mais c'était le temps des petites grisettes sentimentales et il était doux de s'attarder au vieux quartier latin, avant de retourner au pays faire souche honnête et bourgeoise ; d'autant plus que les soucis militaires n'existaient pour ainsi dire pas, et qu'on était toujours sûr de trouver de la place au soleil.

Depuis la dernière guerre, les choses ont changé d'aspect ; les charges militaires se sont appesanties sur tout le monde, et la lutte pour la vie est devenue plus dure. Néanmoins, grâce au *volontariat*, l'étudiant pouvait encore se permettre une douce paresse, dont il se mordait souvent les doigts plus tard ; il pouvait encore flâner pendant cette période heureuse de 20 à 25 ans, dépensant les louis paternels, travaillant un peu, juste assez pour n'en pas perdre l'habitude, et ne se décidant à piocher sérieusement ses doctorats que vers la 25e année, époque critique, où commencent à s'envoler la jeunesse et la folie pour faire place aux préoccupations de l'homme qui sent la nécessité de songer à l'avenir. On était reçu docteur vers 26, 27 ans, rarement plus tard ; et nous affirmons qu'il n'est pas un seul de nos camarades qui n'eût pu être reçu avant 26 ans, s'il l'eût voulu.

Et maintenant, est-ce vraiment être reçu trop tôt docteur à 26 ans, alors que la vie devient de plus en plus âpre à conquérir ? Chacun sent cette dureté, chacun a conscience des difficultés à vaincre : les plus adroits l'emportent ; les autres végètent ; la concurrence devient féroce ; et c'est là qu'il faut chercher la cause du manque d'aménité, de la discourtoisie, des petites bassesses, de la guerre sourde entre confrères, choses déplorables, dont le remède est difficile à trouver. Comme remède, nous n'oserons pas proposer celui-ci, qui est infaillible, d'après notre vieux pharmacien, et qui consiste à faire durer les études classiques aussi longtemps qu'autrefois, car, de cette façon, on retrouverait, dit-il, les vertus antiques ; nous craindrions de ressembler à ce chroniqueur fantaisiste qui voulait faire monter le thermomètre pour réchauffer la température. Mais nous ne pouvons nous empêcher, en passant, de recommander un vieux remède, jadis efficace, qui revient de mode, et qui par ce renouveau fait lever contre lui tous ceux qu'effraie la jeunesse des choses, c'est l'union confraternelle et professionnelle, le syndicat médical, pour l'appeler par son nom.

De cet exposé, nous croyons être autorisé à conclure qu'en fixant à 26 ans la limite d'âge pour le Doctorat, le législateur a fait tout ce qu'il pouvait et que *la loi militaire n'est pas plus dure pour nous que notre fin de siècle.*

Pour l'Internat des hôpitaux, et nous prendrons celui des hôpitaux de Paris, le plus difficile, on a craint que cette limite fît baisser le niveau scientifique actuellement nécessaire pour y parvenir. Sans vouloir nous appesantir sur cette question, nous croyons que ces craintes sont très exagérées ; car, actuellement, les internes reçus après 26 ans sont la petite minorité. Un autre fait indéniable, croyons-nous, c'est que lorsqu'un étudiant a préparé sérieusement l'Internat, pendant, nous n'osons dire deux ans, mais trois ans, ce qui correspond à sa cinquième année d'études, s'il n'est pas reçu cette année-là, il ne sera jamais mieux préparé qu'il ne l'a été. Il nous semble donc que, pour la génération qui vient, et qui est avertie, la limite de 26 ans ne changera rien à la valeur théorique nécessaire pour l'Internat, et n'empêchera pas les Internes d'être au bout de leurs quatre années des médecins aussi distingués que leurs aînés.

Est-ce à dire cependant que nous trouvions que tout est pour le mieux dans la loi ? Non pas. Nous comprenons très bien que l'interruption d'une année, au milieu des études, est une chose

nuisible, qui arrête l'élan intellectuel des Etudiants, et qui leur donne, qu'on nous permette l'expression, un abrutissement dont il leur faut souvent plusieurs mois pour triompher. C'est de ce côté-là, à notre avis, qu'il faut porter notre effort pour obtenir une modification favorable aux études médicales. Deux choses peuvent se demander : 1° ou bien que l'année de service militaire soit faite au début des études par les jeunes gens se trouvant dans les conditions requises, et s'engageant à faire leurs études de médecine ; 2° ou bien que cette année se fasse à l'âge ordinaire, mais que les étudiants en médecine puissent être occupés aux soins des malades comme l'étaient pendant le volontariat leurs aînés reçus médecins auxiliaires. La première demande serait probablement plus facile à obtenir que la seconde, puisqu'un article de la loi a prévu ce cas, mais n'a pas été assez explicite pour que le ministre de la guerre en fît bénéficier les étudiants en médecine. Nous croyons donc qu'il y a là une tâche facile et honorable pour un des nombreux médecins qui siègent au Parlement, et qui aura ainsi bien mérité de tous ceux qui pensent que rien de ce qui touche notre profession ne doit les laisser indifférents.

Dr P. Hervouet.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat de Rambouillet.

Séance du jeudi 5 *mars* 1892.

Nous avons assisté à la séance du Syndicat de Rambouillet, Syndicat qui a parcouru une longue carrière, ininterrompue et signalée par de grands services rendus aux médecins de l'arrondissement.

Nous avons été invité à assister à cette séance, comme *président d'honneur*. Nos confrères ont bien voulu nous rappeler que ce titre nous avait été donné vers 1884, en témoignage de tous nos efforts pour le triomphe de la cause des syndicats et ils ont eu la gracieuseté de nous remercier de la part que nous avons prise aux récents incidents de la discussion, au Sénat, de la loi Chevandier.

Ce sont là de précieux encouragements et d'autant plus que nous les recevions d'un syndicat créé en 1881, ayant surmonté toutes les difficultés dans cette longue période et que ses adhérents se félicitent de tous les bienfaits qu'ils en ont recueillis.

En les remerciant et en répondant au toast qui nous a été porté par le Président du Syndicat, le très honoré docteur *Diard*, nous avons fait ressortir ce que nous disons si souvent : tel président, tel syndicat. Le Dr Diard, par son aménité, sa courtoisie, sa carrière si longue, si laborieuse, si méritante, a conquis l'affection de tous ses confrères, qui sont tous ses amis. Dans de telles conditions, toute association fait œuvre utile et c'est le cas du syndicat de Rambouillet.

La question à l'ordre du jour était : *les relations à établir désormais avec les Compagnies d'assurances-accidents.* — Comme l'entente entre syndiqués est complète, nous sommes fondé à croire que nos confrères feront triompher les décisions qu'ils ont prises.

Nous publierons, d'ailleurs le procès-verbal de la séance et celui des séances antérieures dès qu'ils seront en notre possession.

A. C.

Syndicat de Douai.

Séance du 24 *mars* 1892.

Présidence de M. Sockeel, Président.

Etaient présents : MM. Wattelle père, Sockeel, Faucheux, Monnier, Pollet, Baude, Lambilliotte, Desmoulin, Toison, Wigniolle, Frey, Buisson, Vandamme, Dubrulle, Dransart (Somain), Martin, Vallée, Houriez, Selle, Legrain, Duflos, Lenne, Plet, Bresselle. (Excusé par lettre, M. Wattelle fils.)

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

L'ordre du jour comporte :

1° Discussion du tarif à fixer aux compagnies d'Assurances-Accidents.

2° Conduite à tenir envers les clients solvables mauvais payeurs.

3° Etude de l'affiliation à l'Union des syndicats.

4° Proposition de M. Martin concernant l'indignité d'un médecin.

5° Insuffisance de renseignements relatifs aux bureaux de bienfaisance.

La discussion est ouverte sur le prix à fixer aux Compagnies d'Assurances-Accidents. L'accord se fait rapidement sur le prix de six francs qui est concédé déjà par la plupart des Compagnies.

M. le Dr Vandamme fait savoir qu'une compagnie « l'Espérance » n'a aucun médecin chargé officiellement de visiter ses sinistrés et de leur délivrer les certificats d'usage. Elle exige simplement de ses sinistrés un certificat du médecin traitant pour constater la blessure ; elle ne réclame pas de certificat de guérison. M. Vandamme fait en ce cas payer son certificat 3 fr.

M. le Dr Buisson estime qu'il y a là, de la part de la Compagnie, une manœuvre déloyale qui, au point de vue des autres Compagnies, pourrait avoir des conséquences défavorables pour le médecin et que l'on pourrait qualifier de malhonnête, en ce sens qu'elle spécule sur l'ouvrier blessé. Il refuse en ce cas son certificat pour la raison qu'il vient de développer, et parce que, d'autre part, l'ouvrier ne paie pas ce certificat.

M. Martin ne délivre en ce cas le certificat que moyennant paiement comptant. M. Monnier demande que, lorsque le médecin doit visiter un blessé en dehors de sa résidence, il lui soit alloué 1 fr. par kilomètre parcouru. Il expose que les Compagnies demandent parfois, surtout pour les accidents graves, des rapports supplémentaires concernant l'état du blessé. Il est d'avis que ces rapports doivent être payés.

MM. Baude et Sockeel appuient cette manière de voir, et proposent de fixer à 5 fr. le prix de ces rapports.

M. Buisson croit que 3 fr. seraient une rémunération suffisante.

La discussion étant close, le Président met aux voix la proposition suivante, qui est adoptée :

« Les médecins syndiqués s'engagent à ne fournir à aucune Compagnie de certificats-accidents
« sans avoir un bulletin d'avis émanant de la Compagnie. Le prix fixé est de six francs pour la

« constatation de la blessure et de la guérison.
« Tout rapport supplémentaire sera payé cinq « francs au minimum. »

M. Dransart propose qu'avis de cette proposition soit transmis aux syndicats voisins. Cette proposition est adoptée.

En conséquence, M. le secrétaire est invité à écrire aux Compagnies pour les aviser et obtenir leur réponse à ce sujet.

M. le Président donne lecture d'une lettre adressée à quelques membres par la Société de Secours Mutuels des cantonniers syndiqués, par laquelle ils font connaître que l'assemblée a décidé de demander aux médecins de les soigner à des prix modérés, en faisant connaître qu'elle fera choix de celui dont les prix seront les moindres. C'est, on le voit, une véritable mise en adjudication.

M. Vandamme a répondu que, vu notre constitution en syndicat, la Société veuille bien s'adresser au bureau qui fixera le taux des honoraires à réclamer.

M. Houriez déclare qu'il a fixé le prix de la visite à 1 fr. 50.

M. Buisson estime que, vu le mode de proposition, il convient de ne pas répondre, et classer ces malades dans la 4e catégorie.

L'Assemblée charge le président de répondre en ce sens aux demandes qui lui seraient adressées par cette Société.

M. Monnier expose que la Société des sauveteurs du Nord lui a retourné sa note en lui demandant un Mémoire détaillé comportant le nom des malades, avec le nombre des visites faites, et les jours où elles ont été faites. M. Monnier a répondu à cette Société qu'il n'était pas d'usage de donner ces détails, et qu'il ne pouvait s'y soumettre.

MM. Buisson et Dransart ajoutent que, pour les instituteurs, le médecin doit en plus y ajouter l'heure.

L'Assemblée décide que le Bureau écrira au président de la Société des Sauveteurs du Nord et à l'Inspecteur Primaire que le Syndicat, rappelant la décision prise par l'Association Générale des Médecins de France, section du Nord, déclare contraire à la dignité professionnelle de donner le détail des jours et heures des visites faites aux clients, et se refusera de donner d'autres détails que les noms et le nombre des visites.

DEUXIÈME QUESTION.

Conduite à tenir envers les clients solvables mauvais payeurs.

Deux propositions ont été soumises par le Bureau à l'assemblée :

1° Un livre spécial comprenant toute l'étendue du Syndicat serait établi et transmis à chaque membre ;

2° Le livre *spécial* serait établi par localités, et rassemblé par les soins du secrétaire en un livre unique qui resterait aux archives du Syndicat.

M. Faucheux propose de ne créer aucun livre et de ne pas signaler cette catégorie de clients.

M. Martin combat cette proposition, se basant sur ce fait que c'est laisser trop de marge à ces sortes de clients, plus exigeants que ceux qui paient, et qui usent l'un après l'autre des médecins d'une localité.

M. Buisson pense qu'il serait préférable de se réunir par groupe. N'exigeant de la part des médecins aucun déplacement, on obtiendrait plus facilement l'établissement de cette liste. Il croit que M. Faucheux, comme beaucoup de médecins, se fait une mauvaise idée de ce que l'on appelle en général un livre noir. Ce n'est pas le nom des clients qui ne paient pas qui serait porté ; chacun reste libre de désigner ceux que bon lui semble ; le but que l'on poursuit est ici de désigner à ses confrères ceux qui pouvant payer s'y refusent par mauvais vouloir.

L'Assemblée adopte en conséquence la proposition suivante :

« Les médecins se réuniront par localités, dans
« le courant du mois de juin, pour établir la liste
« des clients solvables mauvais payeurs, en lais-
« sant à chacun la liberté de signaler ceux qu'ils
« jugeront convenables. Ils communiqueront cette
« liste au bureau ; le secrétaire réunira ces listes
« en une seule qui restera aux archives où chaque
« membre syndiqué pourra en prendre connais-
« sance. »

TROISIÈME QUESTION.

Proposition d'application à l'Union des Syndicats.

M. Pollet reprend la proposition qu'il avait faite à la dernière réunion, et insiste pour que l'Assemblée suive l'exemple des autres syndicats. Il y a, selon lui, nécessité de s'affilier, si l'on ne veut pas rester en arrière. Il ne faut pas nous laisser arrêter par le vote du Sénat qui nous retire l'autorisation de nous syndiquer.

M. Dransart appuie cette motion, même si la loi nous interdit le syndicat. Nous pourrions toujours rester en société, et, par ce fait, rester affiliés. Il étend même sa proposition ; non seulement, dit-il, nous devons nous affilier à l'Union des Syndicats, mais il faut aussi nous mettre en rapport avec les syndicats voisins.

L'Assemblée décide que le Syndicat sera affilié à l'Union, et que le montant de l'abonnement sera prélevé sur la caisse sociale, et payé par le Trésorier, qui adressera la liste des adhérents.

Et en ce qui concerne la proposition de M. Dransart, accepte sa proposition à charge par les autres syndicats de nous transmettre leurs délibérations commme nous leur transmettrons les nôtres.

QUATRIÈME QUESTION.

Proposition de M. Martin concernant l'indignité d'un médecin.

M. Martin expose que M. B..., dont chacun connaît la triste odyssée, ayant été déclaré indigne de faire partie du Syndicat, il y a lieu de lui appliquer l'article des Statuts. Malgré les observations de M. Buisson qui fait ressortir qu'en certains cas, si la vie du malade l'exige, il y a lieu de mitiger la sévérité des statuts, l'Assemblée, se basant sur ce fait que le malade ou la famille peuvent se mettre en mesure d'éviter une semblable situation, décide que *tous les médecins syndiqués refuseront, d'une manière absolue, tous rapports avec lui.*

M. le Président demande si quelqu'un désire la parole pour formuler une proposition. Personne ne demandant la parole, la séance est levée.

Le Secrétaire,

Dr A. P.

REPORTAGE MÉDICAL

Souscription à la statue de **Théophraste Renaudot.**

La somme recueillie récemment s'élevait déjà à près de 18.000 francs. On juge qu'il est nécessaire d'arriver à un total de 40.000 fr.

A son dernier dîner, l'Association de la presse médicale a voté la somme de 100 francs à titre de premier versement.

Le *Directeur du Concours* a versé, de son côté, 40 francs au secrétaire trésorier de la souscription, le Dr M. Baudouin.

Exercice illégal de la médecine. — Une dame Chareau, ayant un cabinet de consultation, 33, rue de Rivoli, et prétendant guérir les loupes et autres tumeurs par des applications d'un liquide merveilleux, connu d'elle seule, a été condamnée par la 10e chambre correctionnelle à quinze francs d'amende et aux dépens.

Anastay, condamné précédemment à un mois de prison pour exercice illégal de la médecine sous le nom de Dr Armand, passage Saulnier, ayant fait appel de ce jugement, la peine a été, sur le vu d'un certificat signé par lui, portée à deux mois de prison.

(*Bulletin de l'Ass. Synd. des méd. de la Seine.*)

Jurisprudence des Juges de Paix. — Le Juge de paix ne peut refuser à aucune partie, pour une demande qui n'est ni contraire à la loi, ni aux bonnes mœurs, un permis de citer.

Dans tous les cas, les magistrats ne doivent jamais faire, pas plus aux demandeurs qu'aux défendeurs, des observations désobligeantes ; le premier de leurs devoirs est l'impartialité et la convenance.

La modicité de la créance ne saurait préoccuper le juge en aucune façon, car notre législation a aboli la règle ridicule du Droit Romain : « De minimis non curat prætor », et la remplace par cette belle formule : « Maxime miranda in minimis justitia. »

Les médecins peuvent donc être assurés que justice leur sera rendue, même lorsque la somme de leurs honoraires étant peu importante, ils soumettent aux tribunaux une question de principe.

Ils n'ont qu'à apprécier si le client ingrat est solvable, car il faut savoir que les frais nécessités pour le recouvrement d'une somme de 10 francs peuvent atteindre et même dépasser 150 francs.

(*Journal de méd. de Paris.*)

Un médecin a-t-il le droit d'exercer sous un pseudonyme ? — Cette question, posée et débattue à la Société médicale du IXe arrondissement, a été résolue comme suit : La loi ne permet pas de poursuivre un médecin qui exerce sous un faux nom ; et aucun magistrat n'acceptera une plainte basée sur ce fait ; cela tient, non pas à l'assimilation qu'on peut faire des médecins aux journalistes, littérateurs, etc., mais bien à ce que, derrière le pseudonyme, il y a un diplôme.

Il est certain que le pseudonyme médical est une chose absolument blâmable qui permet le charlatanisme le plus éhonté, sans crainte qu'il en rejaillisse de la défaveur sur le nom du médecin ; et on ne peut qu'approuver le Sénat d'avoir déclaré, dans la nouvelle loi, qu'un médecin ne pourrait exercer qu'en son nom personnel.

— M. le docteur Léon Labbé, chirurgien de l'Hôpital Beaujon, vient d'être élu sénateur de l'Orne. Nous offrons nos compliments à notre éminent confrère, et, sans vouloir le spécialiser, nous avons l'espérance qu'il saura défendre énergiquement les droits et les intérêts du corps médical.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Pilules névrosthéniques et antispasmodiques.

(*Neurasthénie et hystérie*)

Arséniate de strychnine...... un milligramme.
Extrait de belladone....... un centigramme.
Valérianate de quinine ..... cinq centigrammes.
Valérianate de zinc......... dix centigrammes.
Extrait de gentiane .... Q. S.
pour une pilule.
3 à 5 par jour, en trois fois.

P. L. G.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Des différents types de métrites, *leur traitement*, par le docteur F. Jouin, ancien interne des hôpitaux de Paris, Secrétaire annuel de la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris, avec une préface de M. Péan. In-8° carré de 400 pages environ. Prix : 6 francs, net 4 fr. 80 franco pour MM. les membres du Concours médical.

EXTRAIT DE LA TABLE DES MATIÈRES :

Pathologie générale de l'inflammation de l'utérus ; symptomatologie ; indications thérapeutiques ; de l'endométrite tuberculeuse chronique ; de la métrite blennorrhagique chez la femme ; anomalies utérines et inflammation ; traitement des métrites par la méthode des bâtonnets ; Etudes de gynécologie présentant avec les métrites des rapports intéressants ; stérilité ; traitement de la stérilité ; Fécondation artificielle ; prophylaxie des métrites ; Hygiène de la femme. Cet extrait suffit à démontrer que le Dr F. Jouin a su rester dans le domaine exclusivement pratique.

Formulaire de médecine pratique, par le Dr E. Monin, Chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique.

Le *Formulaire de médecine pratique* du Dr Monin (*nouvelle édition*, 4e *mille*) doit son succès sans précédent à la précision et à la méthode hors de pair qui caractérisent l'ouvrage, livre de chevet pour le praticien. Toutes les indications thérapeutiques de la pathologie sont compendieusement détaillées et clairement élucidées, par ordre alphabétique, dans ce volume de 650 pages, luxueusement imprimé.

(Préface du professeur Peter).

Envoi *franco*, relié, contre *mandat de* 5 *francs*, adressé à la Société d'Éditions, 4, rue Antoine-Dubois.

Le Directeur-Gérant : **A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année — N° 21 — 21 Mai 1892

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Modification de la Rédaction.

M. le Dr *Le Gendre*, notre collaborateur depuis de longues années, est obligé de répondre aux exigences de sa situation de médecin des hôpitaux Nous lui exprimons notre reconnaissance pour les services qu'il a rendus au *Concours médical* et nous le remercions de ne pas cesser absolument ses relations avec le journal. Nous faisons des vœux pour le succès de la carrière si brillante qui s'ouvre devant lui.

A. C.

Cher Monsieur Cézilly,

Après plus de dix ans de collaboration constante à la rédaction scientifique du *Concours médical*, je me vois obligé, par des occupations de jour en jour plus nombreuses, d'y renoncer.

Ce n'est pas sans mélancolie que je prends cette détermination. Les témoignages de sympathie que beaucoup de lecteurs m'ont donnés, à chacune de nos assemblées annuelles, m'ont prouvé qu'ils appréciaient mes efforts pour leur rendre le journal agréable et profitable. Vous avez bien voulu vous-même me dire plus d'une fois que je remplissais à votre satisfaction la tâche que vous m'aviez confiée. J'adresse à ces lecteurs indulgents, parmi lesquels je compte des amis anciens, et je vous prie d'agréer vous-même, l'expression de ma gratitude.

Lorsque, par circonstance, je reviendrai, comme vous avez l'obligeance de m'y inviter, demander l'hospitalité du *Concours médical* pour quelque leçon clinique ou travail personnel, je m'estimerai heureux si son Directeur et ses lecteurs m'accueillent avec les mêmes sentiments de bienveillance que par le passé.

P. Le Gendre,
Médecin des hôpitaux de Paris.

LA SEMAINE MÉDICALE

La digitale dans les affections rénales.

M. H. *Huchard* fait remarquer qu'on regarde généralement l'albuminurie et les diverses affections rénales comme des contre-indications à l'emploi de la digitale. Quelques cliniciens vont même jusqu'à la proscrire absolument dans tous ces cas, en s'appuyant sur un prétendu pouvoir accumulateur de ce médicament et surtout sur l'imperméabilité rénale qui ne permettrait plus son élimination.

Or, il est prouvé (expériences de Lafon) que la digitale n'est pas éliminée par les reins ; aussi n'a-t-on jamais constaté sa présence dans les urines. Il est infiniment probable qu'elle est détruite dans l'organisme avant d'arriver aux reins. Ce qui tiendrait à le faire supposer, ce sont les dangers de son administration, ou, tout au moins, son inactivité dans toutes les affections du foie et dans les cas d'asystolie avec congestion ou cirrhose cardiaque de la glande hépatique, bien qu'il ne soit pas prouvé que la digitaline soit détruite par le foie.

D'autre part, la digitale appartient aux diurétiques indirects, c'est-à-dire à ceux qui n'agissent sur le rein qu'en augmentant la tension artérielle. Elle n'influence donc pas l'épithélium rénal, à l'inverse des diurétiques directs : d'où il suit qu'elle ne saurait avoir d'influence nuisible dans les affections des reins, qu'il s'agisse du rein cardiaque, de la néphrite interstitielle et même de la néphrite parenchymateuse.

M. Huchard sait par expérience personnelle, depuis longtemps déjà : 1° que la digitaline, même administrée à haute dose, n'est pas nuisible dans les diverses affections rénales ; 2° qu'elle peut même être utile et qu'elle diminue souvent la quantité d'albumine, non seulement dans les albuminuries cardiaques (ce qui se comprend

aisément), mais aussi dans les néphrites parenchymateuses. (M. Huchard communique, à ce dernier point de vue, trois observations, accompagnées de tracés sphygmographiques, dans lesquelles la digitaline a eu une action manifestement salutaire, alors que la quantité d'albumine des vingt-quatre heures était de 4 à 8 grammes.)

De tous les médicaments énergiques la digitale est le plus facile à manier et le moins dangereux. « C'est un pur roman, disait un jour le regretté Damaschino, que cette histoire des accidents digitaliques. »

Ces prétendus accidents par accumulation, ceux qui administrent la digitale convenablement ne les connaissent pas, même dans les cas où le nom seul du médicament fait reculer certains médecins. Il est clair qu'il ne faut pas administrer la digitale à tort et à travers et sans prendre les précautions élémentaires voulues, mais dans n'importe quelle cardiopathie, avec hyposystolie ou asystolie on n'aura jamais d'accidents imputables au médicament quand on procédera comme M. Huchard le fait depuis longtemps.

Pour commencer, ouvrir les voies à la digitale, c'est-à-dire mettre d'abord pendant quelques jours le cardiopathe au repos le plus complet et au régime lacté. Une certaine diurèse résulte de l'emploi de ces deux moyens bien simples. Quand elle a été constatée, on purge le malade et le lendemain on donne en une seule fois, un seul jour, 50 gouttes d'une solution au millième de digitaline cristallisée, soit un milligramme de digitaline cristallisée ; après quoi on attend dix ou quinze jours avant de recommencer de la même façon et à la même dose, si l'indication persiste.

M. *Rendu* partage l'opinion de M Huchard. Il donne habituellement la digitale à haute dose, 2 grammes en macération par vingt-quatre heures, et cela pendant plusieurs jours. Il n'a jamais observé d'accidents. Il a vu des malades, au contraire, se trouver mal de petites doses, et mieux aller, lorsqu'on leur administre des doses plus considérables. Il a soigné une malade à laquelle, pendant deux mois, il a administré un gramme de digitale par jour. Dès qu'il diminuait la dose, il y avait menace d'asystolie. D'autre part, chez des malades atteints d'affections rénales, il a vu la digitaline amener une diurèse abondante.

La pleurésie interlobaire.

Dans une récente leçon faite à l'hôpital de la Charité, M. le prof. *Potain* retrace à grands traits l'histoire de la pleurésie interlobaire, qu'il est bon d'avoir présente à la mémoire afin d'éviter des erreurs de diagnostic fâcheuses.

L'étiologie de cette variété de pleurésie est commune à cette variété et à la pleurésie purulente, car l'épanchement interlobaire est le plus souvent purulent. Fièvre typhoïde, état puerpéral, érysipèle, scarlatine, tuberculose pulmonaire, telles sont les causes les plus fréquentes de la pleurésie interlobaire.

Les symptômes fonctionnels sont très souvent obscurs et lorsqu'en présence d'une symptomatologie analogue à celle des pleurésies en général (frissons, toux sèche quinteuse, points de côté), on ne trouve dans le thorax aucun signe physique caractéristique d'un épanchement de la grande cavité pleurale, on devra fixer son attention sur deux signes : le siège du point de côté en arrière, à l'angle inférieur de l'omoplate, et l'existence d'une zone de submatité très profonde en ceinture, commençant au niveau de la fosse sous-épineuse sans aller jusqu'à la colonne vertébrale et se prolongeant en avant vers l'aisselle jusqu'au bord du sternum. Tels sont les deux symptômes qui mettront sur la voie du diagnostic. Souvent, mais *non toujours*, on trouvera du souffle en auscultant cette région et une ponction exploratrice ramènera quelquefois du pus.

Généralement, le 15e jour, une vomique purulente indique que le pus épanché s'est fait jour vers les bronches. La pénétration de l'air dans la cavité est loin d'être constante.

En présence de ces symptômes bien confirmés, l'hésitation n'est possible qu'entre la gangrène pulmonaire et la pleurésie interlobaire. La fétidité du liquide expectoré et les signes d'une pneumonie grave seront les principaux facteurs du diagnostic en faveur de la gangrène.

Le traitement rationnel consiste en ponctions évacuatrices ou plus radicalement en une intervention chirurgicale large, du genre de celle qu'ont faite, en 1886, M. Prengrueber, et tout récemment M. Henri Delagénière (du Mans) sous le nom de pneumectomie.

Traitement abortif des pustules varioliques.

M. le Dr *Maurice Coste,* de Marseille, préconise un nouveau pansement pour combattre la formation de cicatrices à la suite des pustules varioliques, principalement sur la face. Jusqu'ici, tous les traitements se résument en trois groupes : 1° les liniments, pommades, emplâtres ; 2° les pulvérisations ; 3° l'ouverture de chaque pustule suivie ou non de cautérisation.

M. le Dr Coste, se basant sur ce fait d'expérience que les pustules de la muqueuse buccale baignées par une salive abondante et légèrement acide, se détergent et guérissent relativement vite, emploie le pansement suivant : On recouvre la face d'un masque en lint boriqué percé d'orifices correspondant exactement aux orifices naturels et on l'étale à sec. Puis, au moyen d'un pulvérisateur contenant de l'eau boriquée ordinaire, on imbibe fortement la couche de lint. Sur cette première couche, on en dépose deux autres identiques que l'on imbibe aussi avec le pulvérisateur et l'on comble tous les creux du visage avec des tampons d'ouate boriquée afin d'obtenir au niveau de ces points la parfaite application des couches de lint. Le tout recouvert d'un morceau de toile gommée est maintenu par une bande de gaze. De plus on rase bien la barbe et on applique le pansement dès le début de l'éruption. On laisse le pansement quatre ou cinq heures, puis on l'humecte de nouveau avec le pulvérisateur.

S'il faut renouveler la plaque de lint en contact direct avec les pustules, ne pas oublier de bien l'imbiber afin de ne rien arracher en soulevant la plaque ; cela compromettrait l'intégrité du derme, pour la guérison. Le pansement sera renouvelé pendant neuf à douze jours; jusqu'à la chute des croûtes.

Le point capital à retenir, c'est que le pansement doit être toujours humide et jamais détaché violemment.

Les résultats sont concluants : aucune cica-

trice, aucune tache brunâtre, n'a subsisté aux endroits où le pansement avait été appliqué. Les points mal protégés, au contraire, le pourtour de l'ouverture nasale et de la bouche portent quelques cicatrices juste à la limite des couches de lint.

Les érythèmes polymorphes.

M. le Dr *Brocq* classe de la manière suivante les érythèmes polymorphes :

Trois formes : la première la plus fréquente est la forme *érythémato-papuleuse*. Elle est caractérisée par des taches rosées qui s'étalent peu à peu, prennent une coloration bleuâtre à leur centre et fusionnent souvent avec d'autres taches semblables. Celles-ci siègent surtout aux poignets, aux coudes, aux genoux, aux pieds. Ces éléments sont plats ou saillants. Durée de l'éruption : une à cinq semaines. Souvent état général marqué et fièvre.

La seconde forme est l'érythème *vésico-bulleux*. Au début, taches rouges, puis vésicules et bulles dont le contenu blanchit bientôt ; la bulle peut d'ailleurs se former d'emblée. Les localisations sont les mêmes que pour la première forme ; il peut arriver en outre que les muqueuses labiale et bucco-pharyngée soient prises ; quelquefois, on observe une suffusion sanguine qui donne l'aspect du purpura.

La troisième forme est constituée par l'*hydroa vrai* ou *herpès iris* de Bateman. Ce sont des taches érythémateuses au centre desquelles se fait un léger soulèvement épidermique qui se dessèche et laisse à la place une croûte centrale ; la tache s'agrandit excentriquement et il se fait à la périphérie un cercle de vésicules nouvelles qui se dessèchent également. De telle sorte que si la tache grandit encore, on trouve une série de zônes alternativement rouges et opalines. C'est là l'herpès iris ou en cocarde qui siège principalement sur les mains ou sur les poignets. En France on l'appelle encore hydroa vrai. La caractéristique de ce genre d'hydroa, c'est de n'être pas douloureux.

Hémorrhagie consécutive à l'ablation d'une amygdale.

Dans la séance du 22 avril de la Société clinique de Londres, M. le Dr A. *Lane* a rapporté une curieuse observation d'hémorrhagie après amygdalotomie.

Un jeune homme de 21 ans subit l'amygdalotomie au commencement du mois de décembre 1891. L'hémorrhagie fut modérée. Puis, brusquement, il fut pris d'une abondante perte de sang d'environ 1/2 litre, qui se renouvela trois jours après. La compression directe avec des pinces et des tampons, les lavages hémostatiques échouèrent complètement. De plus l'anémie extrême fit craindre un dénouement fatal. Transporté à l'hôpital presque mourant, le malade subit une injection d'eau saline intra-veineuse. On profita de l'amélioration obtenue par ce moyen, pour pratiquer la ligature de l'artère carotide primitive. L'hémorrhagie fut définitivement arrêtée et le malade guérit très bien. Point important à noter : les antécédents du malade ne permettaient pas de se rendre compte de la cause de l'hémorrhagie. En général, dit M. Lane, il vaut mieux, quand cela est possible, lier la carotide externe entre les origines de la linguale et de la thyroïdienne supérieure ; mais pour le malade dont il s'agit, la pharyngienne ascendante était volumineuse et naissait de la carotide presqu'au niveau de la bifurcation, d'où la nécessité de lier la carotide primitive. Du reste, cette ligature ne lui paraît pas dangereuse, grâce à l'emploi antérieur d'injections salines.

Quoique rares, ces faits méritent l'attention et prouvent qu'il faut toujours prévenir les personnes de l'entourage du malade des accidents éventuels, lorsqu'on se dispose à pratiquer l'amygdalotomie.

Sutures tendineuses et nerveuses.

Depuis plusieurs années déjà, grâce à la pratique antiseptique parfaite, les chirurgiens parviennent à rétablir à peu près intégralement les fonctions d'un tendon ou d'un nerf coupé, par de simples sutures des deux bouts avec de la soie ou du catgut. A la Société de médecine berlinoise (séance du 27 avril 1892) M. le Dr *Gluck*, a présenté des malades auxquels il avait refait des tendons par des sutures au catgut ou à la soie antiseptique. D'après ses recherches, les fils laissés en place subissent trois espèces de modifications : 1° Le faisceau de fil à suture n'est pas altéré, mais il s'entoure d'une gaîne de tissu conjonctif. 2° Le faisceau est résorbé peu à peu et remplacé progressivement par du tissu lamineux. 3° Il se forme le long du corps étranger greffé un tractus de tissu lamineux, qui réunit les deux extrémités du tendon et ce corps étranger est éliminé plus tard par un processus secondaire.

— Au congrès de chirurgie de la semaine de Pâques, M. le Dr *Ehrmann* de Mulhouse a présenté des considérations analogues sur la suture du nerf radial dans l'aisselle, *six semaines* après l'accident. Après avivement, il restait 5 centimètres d'écartement entre les 2 bouts. Au moyen d'une suture avec 3 anses de catgut, les deux extrémités furent remises en continuité ou plutôt en communication. La sensibilité revint deux mois et demi après l'opération ; neuf mois après, la motilité reparaissait. La régénération du nerf a donc été guidée par le conducteur en catgut. Ces résultats montrent qu'on ne doit jamais désespérer du rétablissement des fonctions d'un nerf ou d'un tendon sectionné même lorsque la perte de substance est considérable et qu'on est en droit de tenter leur réunion au moyen d'une suture bien antiseptique, au bout d'un temps relativement long.

Des accidents syncopaux produits à la suite d'injections intra-utérines.

M. le professeur *Tarnier* a communiqué à la Société obstétricale de France le résultat de ses recherches sur les dangers des injections intra-utérines, faites avec certaines substances :

Tous les médicaments injectés ainsi dans l'utérus sont absorbés en grande quantité par les veines intra-utérines et c'est à cette pénétration qu'il faut attribuer, d'après M. Tissier, les accidents qu'on observe parfois.

Les solutions d'acide phénique à 20 pour 1000, de sulfate de cuivre ou de fer à 5 pour 1000, de sublimé à 1 pour 5000, ont déterminé soit des syncopes, soit même la mort, dans plusieurs cas. Seules, les solutions de permanganate de potasse

à 1 pour 2000 et de microcidine à 4 pour 1000, très suffisamment antiseptiques, sont absolument inoffensives, pour les injections intra-utérines faites après la délivrance. Il faut aussi ne pas injecter une trop grande quantité de solution et modérer la pression. Le laveur ne doit jamais être élevé à plus de 30 centimètres au-dessus du siège de la malade et la sonde assurera le reflux des liquides au dehors.

Le sulfate de soude comme contre-poison de l'acide phénique.

Un médecin italien, M. le Dr *Moretti*, d'Ancône, a employé dernièrement, dans un cas très grave d'empoisonnement par ingestion d'acide phénique (environ 20 grammes), un traitement absolument rationnel et basé sur les réactions chimiques, qui a parfaitement réussi. Les empoisonnements phéniqués rectaux ou stomacaux étant malheureusement assez fréquents, il ne sera pas sans intérêt de connaître ce traitement à la fois facile et économique. Il consiste à introduire à l'aide d'une sonde œsophagienne, une forte solution de sulfate de soude dans l'estomac ou simplement à l'aide d'une canule à lavement, quand il s'agit d'une intoxication par voie rectale. Mais il importe de procéder lentement et par intervalles, afin de laisser le temps au sel d'être absorbé et de neutraliser entièrement l'acide phénique contenu dans l'estomac et aussi dans le torrent circulatoire. Il se forme du phéno-sulfate de soude inoffensif. On débarrasse ensuite l'estomac avec un peu d'émétique ; on fait respirer de l'ammoniaque, boire un peu d'eau de chaux, et on institue pendant quelques jours la diète liquide et glacée pour atténuer les douleurs qui pourraient provenir d'ulcérations.

DERMATOLOGIE PRATIQUE.

De l'herpès et notamment de l'herpès des organes génitaux.

Le terme d'*herpès* a eu, en dermatologie, une signification tellement vague ; on l'emploie encore aujourd'hui pour désigner des états si différents de forme et de nature ; on désigne sous le nom banal d'herpès tant d'affections qui n'ont rien d'*herpétique*, au sens précis du mot, qu'une courte étude de cette maladie et de ses plus importantes manifestations ne me paraît pas déplacée dans un Journal destiné à des praticiens.

I

On entend actuellement par *herpès* des lésions cutanées caractérisées par des vésicules transparentes, variant comme dimension de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de millet, dispersées en groupes sur une base érythémateuse.

Cette éruption peut se développer en un point quelconque du corps, aussi bien sur la peau que sur les muqueuses. La lésion initiale consiste en une plaque rouge, légèrement saillante, à contours arrondis ou allongés, s'effaçant sous la pression du doigt. A son niveau, le derme paraît congestionné et le développement de la plaque est généralement précédé d'une sensation de tension, de brûlure ou de prurit. Cette phase *congestive* dure peu. Sur la plaque, ne tardent pas à paraître de petits soulèvements épidermiques, remplis d'une sérosité citrine, transparente. C'est le phase de *vésiculation*. Les vésicules peuvent acquérir les dimensions d'un grain de millet ; souvent elles se réunissent les unes aux autres, pour former une pseudo-bulle. Elles sont groupées sur une même base érythémateuse. La même plaque peut en contenir de deux à vingt, et même plus. Le contenu de transparent, ne tarde pas à devenir louche, opaque, rarement hémorrhagique, parfois complètement purulent. La plupart du temps, dès que le contenu des vésicules commence à blanchir, celles-ci s'affaissent, sèchent ; à cette période, dite de *dessiccation*, se produisent des croûtes, minces, de couleur jaune-brun, par suite du mélange de leur contenu avec du sang. Au bout de quelques jours, la croûte tombe, en laissant au-dessous d'elle une surface rosée ou rouge brunâtre qui disparaît bientôt entièrement, sans laisser de cicatrice. Cette dernière phase a été appelée *maculeuse*.

La durée totale de l'éruption n'excède pas deux septénaires. Cette description générale s'applique à l'herpès *de la peau* ; sur les *muqueuses*, l'aspect est un peu différent.

Les régions, tapissées par les muqueuses, étant constamment soumises à l'action des liquides de l'organisme, les vésicules durent moins. Elles se rompent bien plus vite ; de plus au lieu de donner naissance à des croûtes, elles se recouvrent d'un exsudat pseudo-membraneux blanc, adhérent, couenneux en un mot, qu'on observe surtout à la gorge et à la vulve, mais qui disparaît également sans laisser de cicatrice à sa suite. Le plus souvent, l'herpès survient sans irritation locale, sous l'influence de causes générales, infectieuses, toxiques, constitutionnelles. Le Dr Rizat, dans son « Manuel pratique et complet des maladies vénériennes », définit l'herpès : une affection vésiculeuse *toujours* symptomatique d'une lésion nerveuse centrale ou périphérique, fébrile ou non. Son apparition précéderait ou accompagnerait ou suivrait la manifestation nerveuse.

Des causes locales, contusions ou plaies, peuvent le produire. Cet herpès dit *traumatique*, siège ou bien sur le trajet même du nerf lésé ou à distance.

Le type le plus fréquent est constitué par l'herpès *fébrile* ou *fièvre herpétique*.

Cet herpès se rencontre dans la pneumonie (herpès critique des anciens auteurs) où il serait de bon augure ; dans la méningite cérébro-spinale où son apparition serait d'un pronostic moins favorable que le précédent ; dans les fièvres intermittentes, la dothiénentérie. (*Infection*).

Chez certains sujets, l'herpès peut survenir à la suite de fatigues ou d'excès quelconques (veilles, écarts de régime, etc...). Certaines femmes en sont atteintes à chaque époque menstruelle. (*Toxhémie*). Les maladies de la moelle ou du rachis, telles que : le mal de Pott, le tabes, la sclérose, la myélite, ou du cerveau peuvent aussi le causer (*retentissement sur les nerfs périphériques*).

De *l'herpès Zoster, Zona*, on tend de plus en plus aujourd'hui à faire une *fièvre éruptive*. Trousseau l'avait deviné, avec son grand sens clinique, mais je laisse son étude complètement de côté, l'attention des lecteurs du *Concours* ayant déjà été attirée sur ce sujet, par le remar-

quable travail qu'y publia, dans le temps, le Dr Le Gendre.

L'herpès fébrile et l'herpès menstruel se développent surtout à la face (portion de l'orifice buccal et narines).

L'herpès conjonctival s'accompagne souvent de conjonctivite et de kératite phlycténulaire. Il peut en résulter des opacités de la cornée, au moins passagères, de la photophobie, etc.

Chez les vieux syphilitiques, M. le professeur Fournier a attiré l'attention sur un herpès de la pointe et des bords de la langue, sujet à récidives.

Sur le voile du palais et sur les amygdales, l'herpès donne lieu à l'angine couenneuse commune ou angine herpétique.

Le *diagnostic* de l'herpès est d'ordinaire assez facile : on se base généralement pour l'établir sur la rapidité de l'évolution et lo mode d'apparition des vésicules.

L'eczéma, par exemple, n'évolue pas aussi rapidement : la marche de la maladie éclairerait du reste vite le diagnostic.

L'inoculation d'un virus, la piqûre d'un parasite ne donnent jamais lieu à des vésicules aussi multiples que l'herpès.

Dans le zoster, que nous ne confondons pas avec l'herpès vrai, l'éruption affecte une topographie spéciale ; les plaques sont ordinairement multiples et donnent lieu à des cicatrices qui manquent absolument, en cas d'herpès simple.

Il me suffira enfin de nommer certaines affections rangées à tort parmi les herpès, auxquelles ce terme ne convient, ni cliniquement, ni anatomiquement et qu'il faut éviter de ranger dans cette classe, pour éviter la confusion.

Tels sont : l'herpès de Bateman, ou herpès iris, qui n'est qu'une sorte d'érythème polymorphe.

L'herpès circiné, qui doit être rattaché à la tricophytie cutanée.

L'herpès de Devergie, herpès crétacé, qui n'est qu'une forme du lupus érythémateux.

L'herpès gestationis, ne survenant que pendant la grossesse et l'état puerpéral et qui n'est qu'une variété de dermatite herpétiforme.

II

Il est une dernière affection rentrant dans le cadre nosologique des herpès et qui, par sa fréquence, par les difficultés diagnostiques auxquelles elle peut donner lieu, mérite une mention toute spéciale.

Je veux parler des *herpès génitaux*.

Je dis des herpès, parce que MM. Diday et Doyon en ont réuni plusieurs variétés, sous le même vocable.

Suivant ces auteurs, les herpès génitaux peuvent, en effet, se diviser en 2 grands groupes : l'un qui comprend les faux herpès et l'autre, l'herpès progénital récidivant.

Parmi les *faux herpès*, nous citerons :

1o *L'herpès irritatif.* — Cet herpès est une affection aiguë, à évolution fixe, à terminaison rapide. Son début est fébrile. Chez lui, la douleur initiale va en augmentant, à mesure que l'éruption apparaît, tandis que dans l'herpès vénérien, le prurit cesse dès que commence l'éruption. Les vésicules sont groupées ; leur transformation en croûtes ou en érosions est très rapide.

2o *L'herpès pseudo-membraneux ou diphtéroïde.* — Cette variété, bien étudiée par Bruneau, est spéciale au sexe féminin. Les vésicules constituent par leur confluence de véritables nappes qui revêtent en quelque sorte les organes génitaux de fausses membranes grisâtres ou blanchâtres, à contours sinueux et festonnés. Ces nappes sont plissées et chiffonnées ; elle sont dirigées suivant l'axe des grandes lèvres ou suivant les plis radiés de l'anus, où elles sont très adhérentes.

Cet herpès confluent est parfois si douloureux qu'il peut gêner et même empêcher la marche des malades. Il se complique généralement d'adénites très pénibles, d'un écoulement mucopurulent dont l'odeur est horriblement fétide.

3o *L'herpès génital névralgique, zona de l'appareil génital.* — Cette variété, bien étudiée par Maurice, donne lieu à de très vives douleurs. Il succède généralement à un traumatisme (viol, premières relations, excès de coït).

Pour Besnier, cette variété ne diffère de l'herpès récidivant que par la spécialité de sa localisation. Il n'est qu'un herpès récidivant de la peau (Butholb).

4o *L'herpès phlycténoïde* de Delétang. Celui-ci provient soit de l'élimination par la peau de micro-organismes, soit de déchets organiques auxquels une circonstance quelconque (froid, excès, émotion), empêche, le *terrain* aidant, de suivre leurs voies d'élimination naturelles. Il est, en effet, particulier aux arthritiques.

Mais le vrai type de l'herpès génital, c'est l'*herpès progénital récidivant*.

Celui-ci est essentiellement caractérisé par des vésicules survenant après quelques phénomènes prémonitoires de cuisson, sur un point toujours très limité de l'appareil génital. Pour Diday et Doyon, cette dermatose est toujours consécutive à une maladie contagieuse de cet appareil (chancre, chancrelle ou blennorrhagie.) Nous ne saurions être aussi affirmatif. Il existe certainement des cas, (et je pourrais citer des observations personnelles), où l'herpès génital est survenu sans maladie vénérienne antérieure.

En fait, l'affection a pour caractéristique de se reproduire ultérieurement, aux mêmes points, sans nouvelle cause semblable à celle de la première atteinte, par reprises multipliées, indéfinies, à la suite d'excès de coït avec des femmes saines *mais* différentes, après des fatigues, quelles qu'elles soient, des excès de table, ou même *sans cause appréciable connue*.

Cet herpès peut présenter d'extrêmes difficultés de *diagnostic*. Il est en effet parfois très malaisé de le distinguer du *chancre syphilitique* au début ; ceci s'applique surtout à l'herpès solitaire.

Certains herpès *creux* attaquent le derme, comme le chancre, un peu moins profondément peut-être et on peut retrouver l'induration dans l'herpès, comme dans le chancre. Quatre caractères permettent cependant de faire le plus habituellement le diagnostic :

1o Dans l'herpès confluent, l'érosion est constituée par des segments réguliers de petites circonférences. Le chancre ne présente *jamais* cette configuration *polycyclique*, comme Fournier l'appelle.

2o L'herpès n'a pas de *retentissement ganglionnaire*. Dans le chancre, il y a *toujours* de l'adénopathie, indolente, persistante et le plus souvent polyganglionnaire (pléiade).

3o Malgré l'exception signalée plus haut, à

moins de cautérisation préalable, la base de l'herpès est presque toujours simple ; celle du chancre, au contraire, est presque toujours indurée.

4° L'herpès s'accompagne de prurit et de cuissons, qui manquent dans le chancre.

On a aussi confondu l'herpès avec le *chancre simple*. Celui-ci s'agrandit vite ; ses bords sont taillés à pic, déchiquetés, décollés ; le fond est pultacé et la suppuration abondante.

Certaines *balano-posthites* s'accompagnent d'érosions, comme l'herpès : mais leur étendue est plus considérable, leur aspect est plus superficiel, leur contour n'est pas polycyclique comme dans l'herpès.

Enfin on a parfois confondu l'herpès récidivant avec des formes décrites de l'*herpès gestationis*. Le début par les membres, le polymorphisme, la gravité de l'éruption et l'importance des phénomènes subjectifs permettront d'éviter rapidement toute erreur.

Le *pronostic* de l'herpès est toujours bénin : mais la facilité des récidives, leur rénovation parfois incessante, en font une maladie des plus désagréables.

III

Doit-on traiter l'herpès ?

L'*herpès de la peau* n'a pas besoin de traitement. Une propreté minutieuse, quelques lotions légérement antiseptiques, la précaution d'éviter tout contact irritant, suffiront parfaitement.

Il n'en est pas de même pour l'*herpès progénital*.

Ses retours persistants provoquent parfois, chez les nerveux qui en sont atteints, des découragements tels que même leur état psychologique a besoin d'être traité.

En pareil cas, on doit s'attacher à deux choses principales :

1° Empêcher l'herpès de s'établir.

2° Diminuer l'acuité des poussées, et en éloigner le retour.

Comme traitement *préventif*, on devra veiller à une hygiène rigoureuse, à des soins de propreté minutieux après chaque rapport sexuel. On devra traiter l'état général, les affections de l'appareil génito-urinaire, du système nerveux, le diabète.

Les eaux sulfureuses auraient rendu de grands services en pareil cas, à M. Doyon.

Contre la *lésion locale*, on prescrira des lotions avec de l'eau blanche étendue d'eau, du vin aromatique coupé d'eau, de l'eau de feuilles de noyer légèrement phéniquée à 1/200 ou boriquée à 1/100.

On saupoudrera ensuite avec une poudre composée ainsi qu'il suit :

Oxyde de zinc..........	āā 1 gramme.
Calomel..............	
Sous-nitrate de bismuth.	3 grammes.

Mêlez.

Contre les *ulcérations*, on fera 6 ou 8 fois par jour pendant plusieurs jours de suite, des attouchements avec un pinceau imbibé d'une solution au 1/50 de nitrate d'argent.

Comme traitement *abortif*, le professeur Leloir recommande d'appliquer sur les parties malades de l'ouate hydrophile imbibée avec :

Alcool à 90°..................	100 gr.
Résorcine pure..............	3
Cocaïne......................	1

recouvrir de taffetas gommé. Renouveler une douzaine de fois dans la journée le pansement.

L'éruption avorterait à peu près sûrement, en suivant cette médication.

Dr Méneau,
Membre du Concours médical,
médecin consultant à la Bourboule.

LES FORMES DU DIABÈTE

Hôpital Broussais — M. H. Barth. — Leçon clinique recueillie par le Dr P. Hervouet.

Messieurs,

Nous avons eu l'occasion d'examiner il y a quelques jours à la consultation une femme atteinte de diabète de forme particulière et très nette ; je vais profiter de cette occasion pour étudier les formes diverses et la thérapeutique du diabète, maladie obscure dans sa pathogénie.

Cette femme, âgée de 53 ans, est venue à notre consultation pour du prurit vulvaire, dont elle souffre depuis un certain temps déjà ; l'examen des urines, qu'on ne doit jamais manquer de faire dans ces cas-là, nous révéla de suite la cause de ce prurit : la présence d'une quantité considérable de sucre.

Depuis longtemps, sa santé laissait à désirer, et les antécédents sont très intéressants. Sa mère était diabétique. Elle-même a été bien portante jusqu'à 30 ans, avec cependant des troubles digestifs et de l'obésité, (elle a pesé près de 100 kilos). Aucune grossesse jusqu'à 30 ans.

A cette époque se montrent trois faits particuliers :

1° Une violente attaque de rhumatisme ayant laissé de la sensibilité et des craquements dans les jointures.

2° De 30 à 40 ans, il y a eu quatorze grossesses, terminées presque toutes par des fausses couches, trois seulement menées à bien, une à 7 mois, l'autre à 8 mois, une autre à terme.

3° Elle a constaté la présence de taches blanches sur les vêtements, tenant à la présence de sucre dans les urines.

Un médecin consulté ordonna un régime sévère, qui ne produisit d'autre résultat, que de l'affaiblir. Ce régime fut cessé au bout de 18 mois, et la santé redevint ce qu'elle était avant.

Il y a quatre ans, à l'âge de 49 ans, toutes les dents furent perdues en quelques mois, sans douleurs véritables, par gingivite expulsive. Après une consultation, la malade suivit un régime strict qu'on lui avait conseillé, mais sans aucun avantage.

Il y a un an, surviennent de nouveaux accidents, consistant en troubles urinaires ; il se montre un véritable eczéma intertrigineux de la vulve et des parties voisines, propagé évidemment à l'urèthre, car il y a eu du ténesme vésical et des symptômes de cystite. Elle entre à Saint-Louis, chez Vidal, où on la traite par l'antipyrine et un régime sévère : il y a eu peu d'amélioration.

Notre traitement sera la quatrième tentative.

Actuellement, cette femme présente les symptômes suivants : l'embonpoint général est conservé ; peu d'appétit, soif peu intense ; la malade ne mange pas beaucoup et les digestions sont suffi-

santes ; constipation habituelle. Le foie est augmenté de volume. — Asthme et emphysème pulmonaire assez prononcé. — Peau grasse et séborrhéique. — Douleurs rhumatismales. — Troubles nerveux : névralgies, hyperesthésie cutanée presque générale. — Diminution de l'acuité visuelle prononcée : pas de cataracte ni de rétinite. — Urines, 2 litres 1/2 par jour, contenant environ 40 gr. de sucre par litre, et un peu d'albumine due à l'artério-sclérose rénale ; urée, 20 grammes.

Le diagnostic est : diabéte sucré depuis au moins 23 ans, n'ayant pas entraîné de grands troubles de la santé. C'est là une forme assez fréquente et bénigne.

Une autre forme qu'on pourrait appeler maligne est la suivante :

Un malade âgé de 50 ans est reçu dans mon service à Tenon il y a deux ans. Il ne présente pas d'antécédents. C'est depuis six mois seulement qu'il a été pris de sécheresse de la bouche, soif vive, urines augmentées, amaigrissement rapide ; l'appétit est très vif. A l'entrée, cachexie profonde, peau sèche et terreuse, pigmentée ; urines, cinq à six litres par 24 heures, contenant de 60 à 80 gr. de sucre par litre, et sans albumine ; augmentation de l'urée, 50 gr. environ. Augmentation de volume du foie. Pas d'artério-sclérose.

On institua un régime sévére composé de viande, œufs, vin, médicaments ralentissant les échanges, mais sans résultat : l'amaigrissement et la cachexie ont continué à progresser, et la mort survenait au bout de quelques semaines.

Il y a donc des différences complètes entre ces deux malades qui n'ont de commun que la présence du sucre dans l'urine : l'une est une arthritique, à nutrition ralentie ; le second est plutôt un nerveux (antécédents d'alcoolisme et de syphilis).

Il y a un autre malade, actuellement dans notre service, qui est très analogue à la femme citée la première ; c'est un homme de 49 ans qui occupe le nº 10 de la salle Delpech.

Ses antécédents héréditaires nous offrent un père nerveux et une mère apoplectique. Lui-même est alcoolique et rhumatisant ; sa peau est grasse, il a de la séborrhée et de l'acné. Il y a deux ans, en pleine santé, il eut une attaque d'apoplexie, suivie de monoplégie du membre inférieur droit. A ce moment même, les urines examinées contenaient du sucre. Il vient à l'hôpital quelque temps après.

Son cœur présente un bruit de galop ; il est artério scléreux et a un peu de néphrite interstitielle. — Urines, un à deux litres et demi par jour, densité faible, 1015 environ ; albumine non constante, ayant reparu à plusieurs reprises après des attaques convulsives épileptiformes imputées à de l'urémie légère ; sucre, 30 gr. par litre, 63 gr. par jour. — Mais ici le diabète est accessoire et subordonné à l'état général, car la polyurie est insignifiante, l'appétit n'est pas exagéré, la soif non vive ; il n'y a jamais d'augmentation de l'urée, le malade est plutôt hypoazoturique, (12 à 14 gr. d'urée par jour au lieu de 24 gr. qui est la quantité normale) ; cependant la glycosurie est constante. Notons l'absence des réflexes rotuliens, phénomène fréquent dans le diabète.

Chez cet homme, le régime strict essayé, (diéte de pain, de soupe, de féculents ; — pain de gluten, viande, œufs) a donné un mauvais résultat au point de vue de l'état général. — Actuellement, il suit un régime mixte, prend un peu de pain et quelques légumes ; son embonpoint est conservé, et il se trouve bien, à condition de prendre de l'iodure de potassium, et de se mettre de temps en temps au régime lacté.

L'été dernier, se trouvait au nº 8 de la même salle un autre malade, âgé de 61 ans, tourneur en cuivre.

Depuis un an sont survenus les symptômes suivants : urines très abondantes, chemise empesée, affaiblissement rapide de la vue, affaiblissement des forces, du sens génital ; sécheresse de la bouche ; accidents cutanés, (balanite, eczéma) ; destruction des dents et des ongles.

A son entrée, l'état était le suivant : pas d'amaigrissement ; soif considérable ; urines, cinq litres, contenant 83 gr. de sucre par litre ; urée augmentée, 41 gr. par jour. Rien à noter du côté de l'état général, sauf de l'affaiblissement, de la céphalée, des vertiges, quelques douleurs névralgiformes ; sa faiblesse fait éviter au malade les mouvements, le plus possible.

Le traitement, qui comprend une diéte carnée copieuse, de l'antipyrine et le repos complet, donne un peu d'amélioration ; mais les quantités d'urine et de sucre restent les mêmes ; le pronostic n'est pas semblable à celui du malade précédent.

De ces observations se dégage donc ce fait que la nutrition est différente chez ces malades : il y a deux formes de diabete, l'une bénigne, l'autre maligne, qui sont peut-être des maladies différentes.

1º La forme bénigne, de longue durée, débute d'assez bonne heure chez des gens qui ont des antécédents d'arthritisme : obésité, rhumatisme ou goutte, lithiase biliaire ou rénale, etc. Il n'y a pas de détérioration sérieuse de la santé générale ; on note une tendance aux éruptions cutanées, aux douleurs névralgiques ; les urines sont de quantité modérée, le sucre peu considérable, l'urée est diminuée, et il y a souvent de l'albumine tenant à l'artério-sclérose.

2º Dans la forme maligne, il y a des signes de désassimilation excessive. Souvent il n'y a pas d'antécédents arthritiques.

On ne trouve pas de cause au diabéte, ou bien un traumatisme nerveux. Les urines sont abondantes, la soif exagérée, l'appétit augmenté, surtout au début ; la quantité de sucre est très notable, l'urée est augmentée. Rapidement chez ces malades, surtout si le tube digestif digère mal, il y a de l'amaigrissement, le sucre et l'urée s'accroissent ; il y a autophagie, consomption, et mort par tuberculose, gangrène pulmonaire ou dans le coma.

Donc on ne doit pas traiter de la même façon ces deux espèces de malades.

Il y a actuellement deux opinions contraires sur le traitement que doivent suivre les diabétiques. Pour les uns, notamment Bouchard, il faut activer les échanges nutritifs, conseiller l'exercice, donner des alcalins. Pour d'autres, l'indication est de ralentir les échanges nutritifs par l'antipyrine, l'opium, le repos, et de faire de la suralimentation. Ces deux opinions sont fondées, car elles s'appliquent à des formes différentes de la maladie ; les deux indications sont applicables, mais chacune à une catégorie de malades.

Voici encore deux observations, l'une de diabète bénin, l'autre de diabète malin, que je ferai suivre du traitement propre à chaque espèce.

La première concerne une dame de 76 ans, arthritique héréditaire. Personnellement, elle a eu des manifestations arthritiques considérables, de la lithiase biliaire, de l'asthme, des congestions hépatiques à répétition ; elle est obèse depuis de longues années. Elle a depuis longtemps de la sécheresse de la bouche, son appétit est augmenté, les urines également ; il y a habituellement 10 à 15 gr. de sucre par litre, un peu d'albumine ; au cœur on entend un bruit de galop. Elle est robuste, quoique souffrant d'asthme, de rhumatisme, de névralgies intercostales. Il n'y a rien du côté des yeux.

La diète carnée n'a donné que de mauvais résultats ; tandis que son état s'améliore, après une cure à Vichy, ou quand elle prend des alcalins à dose modérée, des laxatifs légers, avec frictions, exercice au grand air.

Voici le traitement que j'ordonne dans les cas de diabète arthritique :

1° Régime alimentaire. — Prendre chaque matin une tasse de chocolat à l'eau. A midi, œuf, viande ou poisson ; légume vert au beurre, ou sardine à l'huile, ou rillettes ; tous les deux jours un peu de purée de pommes de terre ; fromage ; pain 100 gr. Le soir, potage gras ou maigre, sans pain, avec très peu de pâtes ; viande ou poisson ; salade ; un quartier de pomme ou de poire. S'abstenir de : épices, charcuterie, gibier, vin pur et liqueurs. Boire aux repas de l'eau de Vichy avec un peu de vin.

2° Prendre au commencement des deux principaux repas un des cachets suivants :

Benzoate de lithine........ 0 gr, 25.
Pour un cachet. n° 30.

3° Prendre chaque soir en se couchant une pilule d'evonymine.

4° Faire tous les jours, en deux fois, une heure au moins d'exercice à pied.

La dernière observation concerne un malade de 50 ans sans antécédent autre qu'une fièvre intermittente. En octobre 1885, c'est-à-dire quelques mois avant le début de l'observation, il fit une chute grave, et ressentit une commotion violente, mais sans fracture et sans lésion apparente. A la suite de cet accident, survint une soif vive, de la polyurie, des taches de sucre sur les vêtements, un amaigrissement rapide avec crampes dans les membres et affaiblissement des forces. Trois mois après le début de la maladie, il y avait 12 litres d'urine par jour, et 60 gr. de sucre par litre. Le malade fut mis au repos absolu, à la diète carnée, (500 gr. de viande, 4 œufs, un litre de vin) ; on lui donna de l'antipyrine, des opiacés, surtout la codéine à forte dose, jusqu'à 1 gr. 80 par jour. Ce traitement lui procura une amélioration considérable, car les urines tombèrent à 1 litre 1/2, et le sucre à 80 gr. dans les 24 heures.

Mais le malade sortit de l'hôpital et rentra bientôt dans le même état que précédemment. Soumis au même traitement, il en retira de nouveau un bénéfice considérable, et voulut sortir une seconde fois. Deux jours après, il était mort dans les circonstances suivantes : habitant à l'extrémité opposée de Paris, il voulut rentrer à pied et fit une course de plusieurs heures qui le fatigua beaucoup ; dans la soirée, il tombait dans le collapsus, les urines se supprimaient, il y avait une diarrhée considérable, et il mourait dans le coma le surlendemain.

Dans les cas de ce genre, l'indication est de ralentir les échanges nutritifs ; donc :

1° Diète carnée ; et, si elle n'est pas supportée diète lactée.

2° Repos absolu, physique et moral.

3° Donner des médicaments ralentissant les échanges : l'antipyrine ou les opiacés ; l'antipyrine n'est pas supportée longtemps ; dans les opiacés, il faut choisir la morphine ou la codéine, et de préférence la codéine qui constipe et narcotise moins, à doses assez fortes ; donner des doses alternativement croissantes et décroissantes avec intervalles de repos, pour n'être pas obligé d'augmenter indéfiniment les doses, ce qui narcotiserait le malade, et produirait à la fin l'effet opposé, la cachexie.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Exercice sous un pseudonyme.

Mon cher confrère,

Je m'empresse de vous faire connaître les deux solutions que comportent les deux questions que vous m'avez fait l'honneur de me poser.

1° *Un médecin diplômé a-t-il le droit d'exercer la médecine sous un pseudonyme ?* Au point de vue du droit strict, rien ne peut empêcher un médecin diplômé d'exercer sous un pseudonyme, car ce qui est permis aux journalistes, littérateurs, artistes, etc., doit l'être également aux médecins. Ni le Code civil, ni le Code pénal (excepté dans les cas prévus par l'art. 405), ni la loi du 19 ventôse an XI ne contiennent une semblable prohibition ; or, tout ce qui n'est point défendu par la loi est permis. Le fait de prendre un pseudonyme ne constitue donc pas un acte délictueux, un acte contraire à l'ordre public et aux bonnes mœurs.

Ce principe admis, examinons maintenant le cas particulier de notre confrère, le Dr Jullien.

2° *Un docteur en médecine, M. Jules Mercier, qui prend le nom du docteur Jullien, s'installe près de lui, et, sous ce nom d'emprunt, signe des ordonnances et vend une pommade spéciale. Commet-il un acte préjudiciable et délictueux passible d'une poursuite ?* Nous répondons par l'affirmative en nous appuyant d'abord sur l'article 1382 du Code civil, puis sur l'article 405 du Code pénal.

L'article 1382 est ainsi conçu : « *Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.* » Il faut donc rechercher les preuves du dommage causé. Mercier, en s'attribuant le nom de Jullien, en s'installant près de lui et en rendant la confusion possible, fait à notre confrère, une concurrence déloyale et lui porte le préjudice le plus considérable qu'il appartient aux tribunaux de faire cesser.

Envisageons la question à un autre point de vue et voyons ce que nous dit l'article 405 du Code pénal :

« *Quiconque, soit en faisant usage de faux noms ou de fausses qualités, soit en employant des ma-*

manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence de fausses entreprises, d'un pouvoir ou d'un crédit imaginaire, ou pour faire naître l'espérance ou la crainte d'un succès, d'un accident ou de tout autre évènement, se sera fait remettre ou délivrer des fonds, des meubles ou des obligations, dispositions, billets, promesses, quittances ou décharges, et aura, par un de ces moyens, escroqué ou tenté d'escroquer la fortune d'autrui, sera puni d'un emprisonnement d'un an au moins et de cinq ans au plus, et d'une amende de cinquante francs au moins et de trois mille francs au plus. »

....

Pour appliquer cet article à Mercier, il faut encore prouver qu'il a pris un faux nom, qu'il a employé des manœuvres frauduleuses pour faire accroire à la clientèle qu'il jouit d'un pouvoir ou d'un crédit imaginaire.

Que fait Mercier ? Il prend le nom de Jullien, car il doit savoir que Jullien est honorablement connu dans le quartier, qu'il est médecin de Saint-Lazare, et qu'en cette qualité il traite spécialement les maladies de femmes. En créant une confusion de nom, jointe à la similitude des maladies traitées, Mercier peut attirer et attire à lui certainement une clientèle qui croit s'adresser à son confrère, le vrai médecin de Saint-Lazare. Il y a donc là une manœuvre déloyale, frauduleuse, pour persuader l'existence d'un pouvoir ou d'un crédit imaginaire, et par conséquent fait délictueux prévu par l'article 405 précité.

De quelque manière qu'on examine la question, notre confrère Jullien a une action contre Mercier, que lui seul peut intenter, la Société médicale dont vous êtes le président, n'ayant pas le droit d'agir en ses lieu et place.

Que faire en pareille circonstance ?

Faire sommation par ministère d'huissier, à Mercier d'avoir à quitter le nom qu'il porte indûment, et au cas où il persisterait à le porter, à faire, soit une démarche personnelle devant le Procureur de la République, soit à lui adresser une plainte en déclarant que si l'action judiciaire est mise en mouvement, lui Jullien, se porterait partie civile. Ce serait là, à notre avis, la procédure la plus expéditive, mais la plus dangereuse aussi.

La procédure devant la juridiction civile serait plus sûre, mais aussi plus longue, et exigerait la constitution d'un avoué. On invoquerait alors *victorieusement* l'article 1383, ce qui n'empêcherait pas, en cas d'insuccès, de s'adresser finalement au tribunal correctionnel. Telles sont, à notre avis, les mesures à prendre pour faire cesser l'état de choses.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments,

Dr Floquet,
Licencié en droit, membre de la Société de médecine légale de France.

II

Exercice illégal de la pharmacie par association avec un diplômé.

Mon cher confrère,

Je vous adresse aujourd'hui la solution que je crois devoir donner à la deuxième question :

Un charlatan non diplômé qui vend des médicaments et les envoie en province, est-il couvert par ce fait qu'il attache à son cabinet un pharmacien diplômé qui les prépare ? — Pour résoudre la question, nous baserons notre argumentation sur l'interdiction du dédoublement et de la propriété et de la gestion de l'officine. La loi du 21 germinal an XI énumère les attributions du pharmacien, afin de délimiter, à l'encontre des individus sans qualité, le domaine réservé aux gens de l'art.

En effet, l'article 25 dit : « *Nul ne pourra obtenir de patente pour exercer la profession de « pharmacien, ouvrir une officine de pharmacie, « préparer, vendre ou débiter aucun médicament, « s'il n'a été reçu suivant les formes voulues jusqu'à « ce jour, ou s'il ne l'est dans l'une des écoles de « pharmacie ou par l'un des jurys, suivant celles « qui sont établies par la présente loi, et après avoir « rempli toutes les formalités qui y sont prescrites.* »

La jurisprudence, après avoir reconnu pendant longtemps (jusqu'en 1859), le droit pour un individu non pharmacien d'être propriétaire d'une pharmacie, *exige aujourd'hui la concentration dans les mêmes mains du diplôme* et de *la propriété* (Cass. 25 juin 1859) ; — Aff. Raspail, 23 août 1860 ; 25 mars 1876 ; — 22 avril 1880 ; — Tribun. correct. 3 février 1883, qui condamne les directeurs d'une Société anonyme, propriétaires de deux officines, directeurs qui avaient exploité commercialement, tout en préposant des pharmaciens à la vente.

La jurisprudence décide donc, croyons-nous, avec la loi, que dans toutes les combinaisons où le pharmacien n'est pas plein propriétaire de l'officine, l'individu non diplômé qui se réserve une part de la propriété à un titre quelconque, est en contravention.

Mais si un individu sans aucun titre ne peut faire gérer sa pharmacie par un tiers diplômé qui ne sera que son agent, recevant un salaire fixe, peut-il au moins la faire gérer par un *associé* pharmacien, et, en d'autres termes, un pharmacien ayant le droit d'exercer peut-il s'*associer* une personne non diplômée ? Quelques auteurs, Dubrac, Briand et Chaudé entre autres, d'accord avec la jurisprudence, reconnaissent qu'une telle association est permise ; ils se fondent sur ce fait, c'est que le pharmacien est un commerçant et que si ses ressources personnelles ne lui permettent pas d'exploiter son commerce, il peut s'adjoindre un associé ou commanditaire qui ne sera qu'un simple bailleur de fonds, *mais à la condition que ce dernier ne participe en rien à la gestion de la pharmacie.* Au cas contraire où il s'immiscerait en quoi que ce soit dans cette gestion, l'acte de Société serait nul comme illicite. (Paris, 27 mars 1862.)

Dans ces associations illicites, quel est l'auteur principal du délit et quel est le complice ? Pour établir une distinction bien nette, il faut s'en rapporter à l'esprit de la loi qui dit que tenir une pharmacie ouverte, c'est préparer, vendre et débiter des médicaments et que dès lors le vendeur, ce n'est pas seulement celui qui, matériellement, livre à l'acheteur le médicament, c'est encore celui pour le compte duquel s'effectue le commerce.

Ce principe étant admis, quand la pharmacie est gérée par un pharmacien, l'auteur principal du délit qui consiste à débiter des médicaments sans avoir qualité à cet effet, c'est le propriétaire de

l'officine, le gérant n'est que complice. Lorsque c'est l'individu non diplômé qui se trouve gérant, c'est lui qui est l'auteur principal du délit : le complice c'est le pharmacien qui lui a fourni le moyen de commettre le délit. La jurisprudence a même été plus loin, elle a parfois, au lieu de trouver un auteur principal et un complice, cru devoir retenir deux *co-auteurs* (Paris, 23 juillet 1874).

Pour faire une juste appréciation de ces principes à l'espèce qui nous est soumise, il faut d'abord connaître dans quelles circonstances et par quelles conventions l'acte de société a été dressé et s'il y a réellement un acte de société ; il faut examiner ensuite le rôle de chacune des parties contractantes ; savoir si le pharmacien diplômé sert de prête-nom complaisant au charlatan ; s'il est associé ou s'il n'est qu'un simple agent salarié. On devra s'assurer également si le charlatan est réellement propriétaire du cabinet ou de l'officine, s'il se livre à tous les actes de gestion visés par l'article 25 de la loi de germinal, c'est-à-dire s'il prépare, débite ou vend des médicaments. Car dans de telles conditions, il aurait beau se dissimuler derrière un gérant qui, lui, est pharmacien, il ne serait pas moins coupable d'exercice illégal de la pharmacie et passible des peines édictées par l'article 6 de la déclaration du 27 avril 1777.

Il appartiendrait donc aux pharmaciens du quartier, sinon à l'association générale des pharmaciens, de rechercher dans quelles conditions la pharmacie, le cabinet du charlatan est géré et par quelles clauses l'acte de société a été dressé.

Avec tous les renseignements qu'une enquête habile pourrait fournir aux intéressés, ils seraient en droit de poursuivre le charlatan, voire même le pharmacien complice, devant le tribunal correctionnel et de se porter partie civile pour obtenir réparation du préjudice qui aurait pu leur être causé à chacun.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments,

Dr Floquet,

Licencié en droit,
Médecin du Palais de Justice et du Tribunal de Commerce,
Membre de la Société de médecine légale de France.

BULLETIN DES SYNDICATS

Un nouveau Syndicat dans la Sarthe.

Loué (Sarthe), 8 mars 1892.

Très honoré Confrère,

Je suis heureux de vous informer que, dans une réunion tenue à Sablé le 4 de ce mois, la création du *Syndicat Médical de Sablé et des environs a été chose décidée.*

Son bureau se compose de :

Président : Dr Mascarel (de Brûlon).
Vice-Président : Dr Bidon (de Sablé).
Secrétaire-Trésorier : Dr Ledrain (de Loué).

Le nombre des confrères présents à cette réunion était peu élevé. Mais je suis convaincu qu'avec le temps nous viendrons à bout des résistances nées de l'hésitation ou de l'indolence des médecins de notre région. J'ai été chargé d'élaborer un projet de statuts et un tarif d'honoraires.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments de bonne confraternité, joints à mes sincères remerciements.

Dr P. Ledrain.

Syndicat des Deux-Sèvres.

Composition du bureau :

Président : MM. le Dr Pillet, de Niort.
Vice-Président : Largeau, de Niort.
Secrétaire : A. Rouland, de Niort.
Trésorier : Mayet, de Niort.

Syndics :

Arrondissement de Niort.

MM. Pellevoisin, de Beauvoir ;
Martineau, de Coulonges.

Arrondissement de Melle.

MM. Bayoux, de Lezay.
Hériot, de Chef Boutonne ;

Arrondissement de Parthenay.

MM. Gaillard, de Parthenay ;
Marion, de Parthenay.

Arrondissement de Bressuire.

MM. Lecointre, de Bressuire.
Guinebertière, de Cérizac.

Le syndicat compte 31 membres. On attend de nombreuses adhésions.

Syndicat d'Aisne-et-Vesle.

10me année, 35me séance.

Séance du 5 novembre 1891.

Le Syndicat s'est réuni le 5 novembre, hôtel de la Gare, à Fismes. Après un déjeuner confraternel la séance a été ouverte à 2 heures par M. Gaillard, vice-président. La correspondance porte une lettre de M. de Châteaubourg, de Paris, donnant sa démission, pour faire partie d'un syndicat en formation à Paris. Acceptée.

Le trésorier rend compte des finances de la Société et de la caisse d'assurances-maladies. (Voir le *Concours médical* du 5 décembre 1891. Assemblée générale de l'Union des Syndicats).

Le Secrétaire expose qu'à la prochaine réunion de l'Union il sera question de l'Assistance médicale dans les campagnes.

L'assemblée charge M. Lécuyer de défendre les conclusions du Syndicat votées il y a longtemps déjà (Voir *Concours médical* du 30 janvier 1892). Le secrétaire communique une affiche datant du 23 messidor an II et qui organise par circonscriptions très étendues le service médical dans les campagnes.

On se demande vraiment comment les médecins d'alors pouvaient faire et comment les malades étaient soignés !

L'assistance établie par circonscriptions délimitées par le pouvoir, on le voit, ne date pas d'hier. Espérons qu'elle aura bientôt fait son temps. Voici cette curieuse affiche :

Extrait du registre des délibérations du Conseil général permanent du district de Soissons.

Séance du 23 messidor, 2me année de la République française, une et indivisible.

L'administration, désirant exécuter les dispositions des articles II et III du titre IV, du Décret

du 22 floréal dernier, sur l'extinction de la mendicité des campagnes et sur les secours à domiciles, dans l'état de maladie, à donner aux citoyens et citoyennes, ayant des inscriptions, lecture faite du dit décret et l'agent national entendu ;

Les 3 arrondissements qui doivent être assignés aux trois officiers de santé à établir, aux termes de l'article II ont été fixés et déterminés de la manière qui suit :

Le premier arrondissement est composé de la commune et du canton de Soissons, du canton d'Acy, du canton de Septmous et du canton de Bucy.

Le deuxième arrondissement est formé des cantons de Braine, de Bazoches et de Vailly, et [en outre pour la facilité du service, de la partie du canton d'Oulchy, qui comprend les communes d'Arcy, Chouy, Beugneux, Cramailles, Cugny, Hartannes, Oulchy-la-Montagne et Rozoy.

Et le troisième arrondissement contient les cantons de Villers-Cotterets, de Cœuvres et Vic-sur-Aisne, et en outre, pour pareillement faciliter le service du restant du canton d'Oulchy qui comprend les communes de Billy-sur-Ourcq, de Breny, de Plessier-Heuleux, de Montgrue-sur-Ourcq, de Parcy, d'Oulchy-la-Ville, de Renny, Ivry-les-Blanzy.

L'administration a nommé pour officiers de santé les citoyens Espiaud, chirurgien à Soissons, Brocard, chirurgien demeurant à Vailly et Ployart, chirurgien demeurant à Vic-sur-Aisne.

Le service des malades sera réparti entre ces trois officiers de santé, ainsi qu'il suit :

Le citoyen *Espiaud* sera attaché au premier arrondissement et au chef-lieu du district, et il suivra le traitement des maladies qui se manifesteront dans l'étendue du district.

Le citoyen *Brocard* fera le service des malades du deuxième arrondissement.

Et le citoyen *Ployard* donnera ses soins aux malades du troisième arrondissement.

Ces officiers de santé se prêteront mutuellement secours pour assurer le service, en cas de surcharge dans quelques-uns des arrondissements.

Ils jouiront chacun des traitements qui leur sont assignés par l'art. III du titre IV du dit décret. Enfin ils exécuteront, de point en point, les autres dispositions portées au dit décret pour ce qui concerne leur service.

A l'effet de quoi il sera délivré à chacun d'eux une expédition du présent arrêté, un exemplaire du dit décret, une liste nominative des individus portés sur le livre de bienfaisance, chacun pour son arrondissement, enfin un nombre suffisant de feuilles de visites imprimées, à remplir par chacun desdits officiers de santé, pour les secours qu'ils jugeront devoir être donnés à chaque malade, tant en argent qu'en médicaments.

L'Administration se repose sur l'activité, le zèle et les talents de ces officiers de santé, pour l'exécution dudit décret en la partie qui les concerne.

Arrête en outre, qu'après l'acceptation faite par les dits officiers de santé des fonctions qui leur sont déférées, la présente délibération sera imprimée et affichée, et que des exemplaires en seront adressés aux communes du district avec des feuilles imprimées de visites et de dépenses en secours médicinaux.

Fait et arrêté à Soissons lesdits jour et an.

Signé : P. Ménard, *président* ; J. B. Lecerf, Charré, C. Roussy, A. Canlers, Pourcelle, Laurendeau, P. F. Gosselin, Longpré, C. P. Dufey, Clouet, *administrateurs* ; J. P. Paillet, *agent national* ; M. J. François, *secrétaire*.

Des Sociétés de Secours mutuels. — M. X. expose que depuis qu'il s'est établi dans le pays, il est médecin de la Société de secours mutuels ; que cette Société est nombreuse, qu'elle donne un traitement fixe minime et qu'il a calculé que les visites revenaient à 0 fr. 25 centimes. Il demande s'il ne serait pas juste de faire admettre le confrère exerçant dans la même localité également comme médecin de la Société et de demander alors tous les deux une augmentation de traitement.

Le secrétaire dit que le Syndicat s'est déjà occupé de cette question ; qu'à Vailly il en était de même. Notre regretté Ancelet demanda que son confrère Bracou fît partie du service et porta à l'administration la délibération du Syndicat disant que les médecins n'avaient pas à connaître à leurs clients la qualité ou nom de membres de Sociétés de secours mutuels, qu'ils leur demandaient le même prix qu'aux autres clients et que la *Société se substituait purement et simplement au lieu et place dudit client pour payer les honoraires du médecin.*

La Société accepta et les médecins s'en trouvèrent parfaitement.

M. X. répond qu'il admet parfaitement cela, mais qu'il y a lieu de craindre que vu l'état de la caisse de la Société, l'administration n'accepte pas.

M. Y. exerçant dans la même localité dit que les frais de pharmacien sont très élevés, et qu'il y aurait lieu d'appliquer aux pharmaciens le tarif des chemins de fer suffisamment rémunérateurs.

M. X. fera des démarches en ce sens et en rendra compte au Syndicat dans sa prochaine séance.

Admission de nouveaux membres : MM. Lancry, de Vailly, et Van Bunnen, de Jonchery-sur-Vesle sont admis.

Nomination du bureau. Le même bureau est acclamé.

Le Syndicat se compose ainsi qu'il suit pour 1892.

Président : M. Woimant (Soissons) ;

Vice-président : M. Gaillart (Hartennes) ;

Assesseurs : MM. Faille (Fismes) ; Manichon (Oulchy) ;

Secrétaire-Trésorier : M. Lécuyer (Beaurieux).

Membres : MM. Dulieu (Longueval) ; Godart (Fismes) ; Henrionnet (Braisne) ; Delaporte (Bourg-et-Comins) ; Galimant (Chèvregny) ; Vendrant, Prioux, Brassart (Villers-Cotterets) ; Loysel (Tergnier) ; Deligny (Fère-en-Tardenois) ; Bohn (Ambleny) ; Pichancourt (Bourgogne) ; Herbillon (Cormicy) ; Lefèvre (Fismes) ; Lancry (Vailly) ; Van-Bunnen (Jonchery-sur-Vesle) ; soit 21 membres actifs.

La séance est levée à 5 heures.

Dr H. Lécuyer.

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la Presse médicale.

Procès-verbal de la Réunion du 6 Mai 1892.

Le 2e diner pour l'année 1892 de *l'Association de la Presse médicale* a eu lieu le vendredi 6 mai au Restaurant Marguery. 17 Membres étaient présents à la réunion que présidait M. le Professeur Cornil.

La première question qui a été abordée a été la *candidature* du Directeur d'un journal médical, ajournée pour des raisons particulières, il y a quelques mois. Les objections, qui avaient été produites à cette époque, se sont manifestées de nouveau. Une enquête a été décidée sur la demande de quelques assistants et du candidat lui-même.

La commission nommée se compose de MM. Chevallereau, Doléris et Delefosse, rapporteur.

Le Syndic-Trésorier de l'Association, comme conséquence d'une décision prise à la réunion de février dernier, a versé entre les mains du Secrétaire-adjoint du comité *Théophraste Renaudot*, M. Marcel Baudouin, la somme de *cent* francs à titre de premier versement.

On connaît *l'affaire de M. le Dr Boyer* qui a été portée devant le Sénat et dont tous les journaux médicaux ont déjà parlé. Quelques membres de l'Association avaient manifesté le désir de prendre fait et cause pour le Dr Boyer; mais l'un d'eux ayant fourni à l'Assemblée de très intéressants renseignements sur la question, on a ajourné toute détermination.

Un des Syndics, M. de Ranse, a fait part de ses *démarches auprès des Cies* de l'Ouest et de l'Est pour la délivrance des permis à prix réduits aux membres du Syndicat.

Une question importante a été posée par M. Cézilly, au sujet des nouvelles *lois sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie* ; on a résolu de la soulever à nouveau en temps utile.

Le Secrétaire,
MARCEL BAUDOUIN.

Election à l'Institut. — Lundi dernier l'Académie des Sciences a nommé le successeur de M. Richet, dans la section de chirurgie. M. Guyon a été élu par 34 voix contre 28 données à M. Lannelongue, sur 63 votants.

— Le ministre de l'instruction publique a rejeté la protestation des candidats évincés à l'agrégation : en conséquence, sont nommés agrégés, MM. Charrin, Roger, Marfan, Gaucher et Ménétrier.

Comme coup de queue, « in cauda venenum », il y aurait prochainement une interpellation à la Chambre sur ce sujet.

— *Pseudonymat médical.* — La question a été discutée à la Société de médecine légale, dans sa séance du 9 mai dernier. La discussion, malheureusement, a été presque uniquement théorique ; et si M. le Dr Floquet s'est efforcé de mettre en relief le côté louche et charlatanesque de l'usage du pseudonyme, la plupart des autres membres, notamment M. Guillot, ont surtout fait remarquer qu'au sens actuel de la loi, il n'y avait pas là un délit, et par suite que la chose était permise.

La chose n'est pas défendue, nous l'admettons. Mais qu'on cherche quel intérêt et quel bénéfice pour le médecin et pour le public il y a au pseudonyme médical : un médecin qui veut exercer honorablement sa profession n'a pas besoin de pseudonyme ; celui qui s'en sert, a l'intention de se cacher. Voici d'ailleurs un exemple frappant : un charlatan non diplômé est condamné il y a quelque temps sous le nom de Dr A... ; alors il prend un autre pseudonyme, mais, plus avisé cette fois, il cherche et trouve un médecin qui veut bien le couvrir, et, lorsque le commissaire de police arrive pour constater le délit d'exercice illégal, c'est le médecin qui le reçoit ; le commissaire n'a plus qu'à se retirer en faisant des excuses.

Dentiste et cocaïne. — M..., médecin et dentiste américain du Louvre dentaire, non autorisé à exercer la médecine en France a des employés. L'un deux, F..., reçoit dans son cabinet une dame à qui il fait deux injections de cocaïne, à la suite desquelles survinrent des troubles nerveux ayant duré plusieurs mois.

Le tribunal correctionnel a condamné F... à 100 francs d'amende pour blessures par imprudence, et 15 francs pour exercice illégal de la médecine. M... a été condamné à 15 francs d'amende pour cette dernière contravention.

— *Réclames maladroites.* — Nos lecteurs ont été tenus par les journaux politiques, au courant des polémiques engagées sur les soins donnés aux victimes de l'explosion du boulevard Magenta. Le médecin qui a si violemment critiqué le service de M. Péan tout entier, car ces attaques ont forcément une portée générale, ce médecin était-il sincère, ou a-t-il voulu se faire lui aussi une grosse réclame, c'est ce que nous ignorons. Mais nous connaissons assez le service de M. Péan pour être certain que les soins ont été donnés avec toute la conscience désirable.

Cependant il est une chose que nous ne pouvons nous empêcher de regretter, c'est que le premier interne de M. Péan, (car il paraît qu'il y a un premier interne), n'ait pas été plus réservé dans ses rapports avec la presse, et qu'il se soit constamment mis en avant, d'une façon véritablement excessive : quand il y a un chef de service, c'est en général lui qui a la responsabilité des mesures prises.

Nous aurons à examiner, à ce propos, le rôle véritable qui incombe au chef de service, au chirurgien de garde et aux internes. La discussion qui vient d'avoir lieu au Conseil municipal a fait ressortir des irrégularités qu'il serait urgent de faire disparaître.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

3711. — M. le Dr VIGNEAU, de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées), présenté par M. le Dr Dupeux ;

3712. — M. le Dr LOUVEL, de La Ferté-Macé (Orne), présenté par M. le Dr Lory.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur BENIELLY, de Chiavari (Corse), membre du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.
Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année **N° 22** 28 Mai 1892

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Suite de la discussion sur la pleurésie à l'Académie.

M. *Hardy*, avec le grand sens qui le caractérise, a traité à son tour la question thérapeutique de la pleurésie, et a montré qu'il ne fallait ni toujours intervenir, ni, non plus, se résigner systématiquement à la contemplation. Malgré les progrès revendiqués par M. Dujardin-Beaumetz, tant dans le diagnostic que dans le traitement de la pleurésie, une statistique recueillie de 1861 à 1864, comparée à une statistique allant de 1888 à 1891, montre qu'il n'y a eu ni amélioration, ni aggravation dans la mortalité de la pleurésie, qui est, à trente ans de distance, toujours de 10 %.

Et dans combien de maladies nos prétendus progrès se chiffreraient par cette peu consolante somme, si tous les calculateurs avaient le sage scepticisme de M. Hardy !

La pleurésie est-elle toujours tuberculeuse, comme le veut M. Landouzy ? Sur ce chapitre de la pathogénie, M. Hardy n'est pas moins réservé que sur celui du traitement.

« On a prétendu, depuis quelques années, que la pleurésie franche, aiguë, dite *a frigore* était presque constamment de nature tuberculeuse, et constituait une tuberculose locale.

Pour soutenir cette opinion, M. Landouzy s'appuie : 1° sur l'observation des malades ; 2° sur l'anatomie pathologique ; 3° sur l'expérimentation à l'aide d'animaux inoculés.

Je repousse d'abord l'expérimentation sur les cobayes, les résultats positifs étant en trop petit nombre, puis il faut considérer que les cobayes ainsi que les lapins, sont des animaux très tuberculisables.

J'avoue que les motifs tirés par M. Landouzy, de l'observation des malades et surtout de l'examen nécroscopique, me touchent davantage, mais je ferai observer qu'il s'appuie surtout sur les morts, tandis que j'ai pour moi les vivants. Tous ici nous avons soigné un grand nombre de pleurétiques, qui ne sont jamais devenus tuberculeux.

J'ajouterai qu'il fut un temps où il n'y avait que des inflammations ; aujourd'hui, au contraire, on a de la tendance à voir partout de la tuberculose ; or, je crois qu'on doit se garder de ces tendances à tout ramener à un même type morbide.

Je ne nie pas cependant les rapports qui unissent la pleurésie à la tuberculose ; j'admets que cette affection succède assez fréquemment à la pleurésie, et voici comment, selon moi, peut s'expliquer cette coïncidence.

La pleurésie s'accompagne de fausses membranes qui lui survivent ; ces fausses membranes gênent l'ampliation du poumon, nuisent à sa nutrition et peuvent ainsi préparer un lieu de moindre résistance favorable à la tuberculose.

Quoiqu'il en soit, j'admets qu'il existe des rapports entre la pleurésie et la tuberculose, mais je n'admets pas que la pleurésie franche, causée par un refroidissement, soit fonction de tuberculose, comme l'a dit M. Landouzy.

....

Ma conclusion, si on en veut une, serait qu'en ajoutant le traitement traditionnel de la pleurésie à la thoracentèse pratiquée dans des cas bien déterminés, on obtiendrait pour la guérison de cette maladie, des résultats encore plus favorables que ceux qu'on constate aujourd'hui. »

Du diagnostic rapide de la syphilis dans la détermination des indications opératoires.

Au congrès de chirurgie du mois dernier, M. le Dr *Jullien* insiste sur la nécessité de faire, dans certains cas de diagnostic douteux d'une tumeur, une sorte de traitement d'épreuve, destiné à s'assurer rapidement s'il ne s'agit pas d'un néoplasme syphilitique. M. Jullien emploie les injections

de calomel par la méthode Scarenzio-Smirinoff : 10 centigrammes de calomel suspendus dans 1 gramme de pétro-vaseline liquide. L'injection est faite bien aseptiquement et pratiquée dans les muscles fessiers. Il cite un certain nombre d'observations très probantes, qui lui permettent de formuler les deux conclusions suivantes :

1° Le diagnostic thérapeutique de la syphilis est clairement décidé en huit jours par l'injection intra-musculaire de calomel ; 2° en cas d'insuccès, ce mode de traitement n'apporte aucun obstacle à l'opération nécessaire et ne complique en rien ses suites.

Prenons un exemple : Un homme de 41 ans se présente à vous avec une tumeur grosse comme une noisette sur le côté gauche de la langue. Vous interrogez votre malade à tous les points de vue et vous apprenez qu'il a eu la syphilis, il y a 22 ans. Admettons même qu'il n'avoue aucune maladie vénérienne. Vous êtes toujours en droit de soupçonner l'existence de la syphilis, mis à part les caractères extérieurs qui servent souvent d'après les manuels à faire plus ou moins sûrement le diagnostic des tumeurs. Voici ce que vous pouvez faire : un traitement d'épreuve, une injection bien aseptique de calomel suivant la dose déjà indiquée, et profondément poussée dans les muscles fessiers. En répétant le traitement quotidiennement, vous jugez la question en douze ou quinze jours. Si la tumeur n'a pas diminué, préparez-vous à une intervention chirurgicale.

Diagnostic difficile de la variole au début.

Nous avons eu dernièrement l'occasion de traiter en ville plusieurs cas de variole fort différents comme symptomatologie et dont le diagnostic nous a fort embarrassé au début. L'histoire de ces différents cas mérite d'être rapportée. Il s'agit d'une famille de 4 personnes habitant un faubourg de Paris et chez laquelle nous avons eu à soigner trois malades] successivement. Le 9 avril dernier, on nous appelle pour un garçon de 14 ans environ qui, sans cause connue, présente depuis la veille des vomissements, des douleurs lombaires très violentes, provoquant même des cris, et un peu de constipation. Les vomissements ne sont pas bilieux, ni fécaloïdes. La température est d'environ 39 à 40 degrés. Le pouls fréquent, petit. On remarque sur la peau du tronc quelques rougeurs discrètes sans caractères précis : rien dans les poumons, rien d'anormal à la palpation de l'abdomen, qui est peu sensible ; pas de hernies. La fièvre et la rachialgie intense seuls nous firent penser à la possibilité d'une variole au début, mais cette hypothèse en somme n'avait pas grand fondement en apparence, d'autant que l'enfant portait des cicatrices de vaccination aux bras. Un purgatif et des boissons chaudes furent administrés. Le lendemain, à notre visite du matin, nous trouvâmes l'enfant in extremis et malgré des toniques et des stimulants énergiques, il succombait quelques heures après. Ce dénouement précipité maintint plus que jamais notre diagnostic en suspens.

Treize jours après, on nous appelle de nouveau pour une fillette de 12 ans, sœur du précédent. Cette enfant a quelques nausées, un peu de douleurs lombaires, et présente sur le tronc, et sur la face, une éruption discrète de pustules en voie de formation, dont quelques-unes sont légèrement ombiliquées et contiennent un liquide transparent. L'état général n'est pas grave et la fièvre modérée. Notre diagnostic est encore hésitant, et nous inclinerions volontiers vers celui de varicelle. L'enfant a été vaccinée, elle aussi : de sorte qu'on ne pourrait penser vraisemblablement qu'à la varioloïde. Un éméto-cathartique suffit en effet pour la remettre sur pied.

Entre temps la concierge de la maison qui venait souvent voir la famille contaminée, eut sa tante, avec laquelle elle habite, prise subitement d'une variole absolument nette.

FEUILLETON

Alcool et morphine

J'ai déjà discrètement signalé, ici même, combien ces deux démons font de victimes dans notre corporation ; mais il devient nécessaire d'insister. — Il est vraiment désolant de voir nombre de médecins, jeunes et vieux, qui devraient pourtant donner de bons exemples, rechercher les excitations malsaines et devenir une sorte de danger public, en conseillant à leur entourage et à leurs clients de faire comme eux. — Car ils ne se contentent pas de s'intoxiquer ; ils poussent encore ceux qui les approchent à en faire autant. Le fléau fait boule de neige à cause de la contagion par l'exemple et la prédication. C'est surtout vrai pour la morphine : Nos confrères qui s'adonnent à cette ivresse particulière en arrivent à faire de la propagande d'une façon effrénée. C'est avec une sorte de zèle apostolique, qu'ils placent la seringue mortelle au-dessus de tout ; j'ai connu un médecin, arrivé à une accoutumance énorme, qui a précipité la mort de son fils, également docteur, en lui conseillant de demander à l'opium un adjuvant factice. — Ce dernier a précédé son père dans la tombe de quelques mois et il serait certainement encore de ce monde, sans cette malencontreuse exhortation, car il n'avait pas encore quarante ans et possédait avant sa déchéance une excellente constitution.

— J'ai été mêlé à l'existence de plusieurs autres confrères, qui ont dû être enfermés dans des asiles pour se remettre et qui ont naturellement perdu la situation très enviable qu'ils avaient.

La guérison est excessivement difficile et j'ai eu toutes les peines du monde, dans l'espace de plusieurs mois, à obtenir des sacrifices périodiques de quelques centigrammes, malgré l'adjonction de la spartéine, chez un charmant médecin des environs de Paris, qui était pourtant résolu à ne pas aller plus avant et qui se faisait surveiller par une compagne intelligente et dévouée. Il a tout ce qu'il faut pour être heureux, de son propre aveu, et, par son intempérance, dont le point de départ avait été une curiosité mal justifiée, il a été sur le point de tout compromettre. — J'espère qu'il est sauvé, actuellement, et qu'il ne retombera pas, malgré le dicton peu encourageant : Qui a bu, boira. — Qui s'est piqué, se piquera.

La dégradation intellectuelle et physique est encore plus rapide, lorsque l'alcool vient ajouter son action désastreuse à celle de la morphine.

Enfin le 9 mai, un mois jour pour jour après la première visite faite au garçon, la mère fut prise elle-même de vomissements, fièvre, rachialgie, constipation. Le lendemain quelques macules et çà et là sur le cou quelques vésico-pustules apparurent. Le surlendemain, l'éruption variolique était en pleine floraison et entièrement généralisée. Là, le diagnostic s'imposait d'emblée ; il n'y avait place pour aucune hésitation. On transporta la malade dans un hôpital de varioleux et tout se passa sans complications. Le père n'a pas encore été malade jusqu'ici.

L'intérêt de cette observation multiple réside non seulement dans le mode d'évolution classique de la contagion et dans l'incubation chez les 3 personnes atteintes ; il est encore tout entier dans la différence de modalité clinique chez ces malades. L'un succombe avant l'éruption, avec des phénomènes de collapsus grave, l'autre est très légèrement atteinte, la troisième a une variole d'intensité moyenne.

Voilà, ce nous semble, une histoire qui, si elle manque de confirmations bactériologiques, n'en est pas moins très probante au point de vue de l'évolution de la variole sur trois terrains différents avec une régularité cyclique bien caractéristique.

MÉDECINE PRATIQUE

Les indications du traitement des pleurésies purulentes d'après les théories modernes.

L'histoire de l'empyème et des différents modes de traitement à y opposer est vieille comme la médecine. Hippocrate connaissait et pratiquait l'opération de l'empyème d'une manière courante ; il en avait même posé quelques indications : 1° pour les épanchements purulents, suite de pleurésie ; 2° pour l'hydrothorax ; 3° pour les épanchements circonscrits et peu étendus de la pleurésie ; 4° pour les abcès du poumon ; 5° pour les épanchements de pus déterminés par les blessures de la poitrine.

Peu à peu, les échecs firent tomber en discrédit l'opération de l'empyème. On en vint aux simples ponctions, à la thoracentèse. On essaya d'injecter des liquides modificateurs de toute nature.

L'empirisme le plus absolu prit la place des anciennes indications précises d'Hippocrate. Nous ne voulons pas faire ici un historique pour lequel tout le journal ne nous suffirait pas et qui d'ailleurs est fait complètement dans une foule de bons articles : articles des deux dictionnaires, revue générale de M. *Michaux*, le petit traité de la collection Charcot et Debove.

Le chaos ne tarda pas à se faire dans les divers moyens de traitement ; les uns voulurent l'empyème toujours, les autres les ponctions seulement avec ou sans injections, les autres, éclectiques, choisirent tantôt un moyen, tantôt l'autre, mais malheureusement sans trop se rendre compte pourquoi et le fait est qu'actuellement on discute encore à l'Académie, et les indications, et le mode de traitement, sans pouvoir arriver à des conclusions unanimes. M. *Cadet de Gassicourt*, dans la dernière séance de l'Académie, a résumé son opinion à ce sujet. Imitons-le et voyons ce que dès maintenant, avec les théories microbiennes actuelles, on doit se décider à faire en présence de telle ou telle variété de pleurésie purulente.

Pour saisir les indications du traitement, il faut d'abord tenir compte *de la nature* de la pleurésie purulente ; il faut rechercher ensuite *le siège* et *l'étendue* de la collection purulente. Donc : 1° Quelle est la variété bactériologique en présence de laquelle on se trouve ? 2° Quelle est la variété anatomique, quels sont les rapports de la collection avec la plèvre tout entière ?

Ce sont surtout les médecins de campagne ou ceux qui viennent se fixer à Paris, où ils ont des fatigues plus grandes, où ils ne brûlent plus au grand air le poison ingéré, qui sont sujets à cette débauche et y succombent plus facilement.

Un confrère de ma connaissance, qui avait contracté l'habitude d'accepter ce qu'on lui offrait, dans ses tournées, en était arrivé à prendre une moyenne de 15 à 20 consommations par jour. Il n'osait pas refuser, de peur de mécontenter les fermiers et petits propriétaires qui voulaient le rafraîchir, pendant l'été, et lui donner du cœur pendant l'hiver, pour lutter contre l'inclémence de la température. Peu à peu l'habitude s'est changée en besoin, les excès n'ont fait que s'accroître, et, par suite de l'imbibition progressive des tissus, de l'emmagasinage assez rapide du poison, il est mort d'accidents cirrhotiques, à l'âge de 32 ans, laissant femme et enfants dans une situation précaire.

Mais à quoi bon multiplier les exemples ; il n'est pas un de mes lecteurs qui ne connaisse quelque voisin, ruiné, ruiné moralement et physiquement par cette dépravation stupéfiante, stupide aussi ? L'addition serait épouvantable à faire et le nombre des victimes doit faire trembler et remplir de circonspection ceux qui n'ont pas mis encore les lèvres à la coupe empoisonnée. Il est urgent qu'une réaction énergique se fasse sentir et que chacun de nous s'empresse de sonner le tocsin d'alarme et d'arrêter les égarés sur la pente si glissante, où on se laisse choir si rapidement.

Cette volupté malsaine est surtout recherchée par les intellectuels, les désœuvrés, les hystériques, les hypocondriaques, les neurasthéniques, les héréditaires, etc.

La vie moderne, à toute vapeur, avec ses sensations outrancières plus ou moins violemment répétées, ne peut que troubler l'équilibre mental de ces prédisposés, à l'étroit dans leur vie et tiraillés de vouloirs. Les jouissances que procure l'épanouissement intellectuel ne sont pas les seules, avidement recherchées ; on convoite encore celles qui sont le plus aptes à désemparer l'organisme. Les déceptions de l'ambition déçue viennent souvent ajouter leur dépression à celles du surmenage, dans ces cervelles à la dérive.

On a conquis une petite réputation, le désir de mieux faire vous entraîne, la critique des rivaux vous irrite, on s'attache à des conceptions sans cesse plus grandes, mais on n'a pas la force de les réaliser. Redoutable épreuve dans laquelle on est trop souvent amené à chercher, dans des stimu-

I

Variétés bactériologiques.

Deux grandes classes : A. Empyèmes à cultures pures, à un seul microbe : 1° Empyème à pneumocoques. — 2° Empyème à streptocoques. — 3° Empyème à bacilles de Koch. — 4° Empyème à bacilles encapsulés de Friedlander. — 5° Empyème à bacilles d'Eberth. — 6° Empyème à staphylocoques.

B. Empyèmes à associations microbiennes. — Bacilles de Koch et streptocoques. — Streptocoques et staphylocoques. — Streptocoques et microbes de la gangrène (pleurésies gangréneuses) (1).

Les pleurésies purulentes produites par les microbes de la suppuration seuls ou associés sont aiguës, fébriles.

1° Pleurésie purulente à pneumocoques ou pleurésie métapneumonique. Succédant le plus souvent à une autre infection pneumococcique comme la pneumonie, la méningite, la péritonite, par conséquent, le plus souvent secondaire, la pleurésie à pneumocoques atteint surtout des sujets jeunes, forts et vigoureux, en général avant 30 ans ; elle frappe par séries. Son début est tantôt bruyant, tantôt confondu avec la pneumonie initiale.

Pendant la défervescence même de la pneumonie ou après cette défervescence, on remarque que la dyspnée persiste, que la sensibilité des espaces intercostaux augmente dans de notables proportions. La fièvre reprend, le thermomètre remonte à 40°. Il arrive parfois que la pleurésie purulente s'installe presque sans symptômes et qu'on la découvre comme par hasard, en cherchant pour quelle raison la convalescence ne paraît pas franche.

Quand la pleurésie purulente est primitive, la température générale reste haute, entre 39° et 40° jusqu'à évacuation accidentelle ou chirurgicale du pus. Quand elle est métapneumonique, la température remonte après la défervescence de la pneumonie, et reste élevée comme précédemment. Donc, dans les pleurésies à pneumocoques, pas de grandes oscillations, pas d'accès intermittents vespéraux précédés de frissons violents.

S'il y a des oscillations, c'est qu'il se fait une infection secondaire streptococcique, ou qu'il s'est produit des vomiques, cas fréquents : 26 fois sur 100 (*Netter*). L'évolution est généralement courte, comparativement aux autres variétés, car la vitalité du pneumocoque est fugace. Pour faire un diagnostic certain de la pleurésie purulente à pneumocoques, il faut rechercher le microbe dans le pus par la méthode de Gram, et connaître le degré de virulence du micro-organisme par inoculations à des animaux (souris).

Le traitement des pleurésies métapneumoniques doit toujours être actif ; il ne faut pas attendre l'enkystement ou la vomique, encore moins la résorption spontanée, on pourrait avoir de cruels mécomptes. Certes la ponction suffit souvent avec ou sans injections antiseptiques ; mais, comme le dit Cadet de Gassicourt, on ne peut pas les ériger en règle absolue.

M. Netter préconise les ponctions seules. Au congrès de Vienne, le même avis a été adopté.

M. Fernet fait la ponction avec injections antiseptiques d'eau naphtolée saturée (10 °/₀₀) — 150 grammes d'eau naphtolée (1).

M. Debove conseille la ponction simple bien antiseptique (lavage soigné de la peau du thorax avec savon, éther, sublimé ; désinfection de l'aiguille ; lavages des mains de l'opérateur), dans les cas où le pneumocoque est pur dans les cultures et peu virulent. Mais il veut qu'on fasse l'empyème si le microbe est très virulent et si plusieurs ponctions paraissent nécessaires. Nous nous en tenons à la pratique suivante conseillée

(1) *Concours médical* 1890, page 242.

(1) *Concours médical* 1890, page 531 et page 584.

---

lants physiques, la puissance qui vous échappe. Le hachish, l'alcool, l'opium, l'éther, sont tour à tour essayés ; on puise dans leur passagère ivresse une ardeur qui ne se soutient pas, puis, bientôt, l'appareil nerveux complètement fourbu s'affaisse dans un effrayant coma. Le fabuliste a pourtant écrit : ne forçons point notre talent. Qui se soucie de ce conseil ? La sagesse consisterait à n'entreprendre que ce que nous pouvons accomplir, à observer la sobriété, à gouverner modérément notre machine. On préfère courir l'aventure et on y rencontre la démence !

Oui, la morphine, pour le plaisir éphémère d'une surexcitation transitoire du cerveau, accable l'infortuné qui s'est livré à ses charmes, de maux physiques épouvantables ; elle altère l'intelligence, détraque le système nerveux, et peut conduire à la folie et à la démence.

L'habitude du poison dynamogène pervertit le sens moral, abolit l'énergie volontaire, et peut conduire au crime. Le libre arbitre de ceux qui sont atteints de cette variété de folie se trouve compromis par l'imprégnation morphinique et les légistes se sont demandés s'ils étaient aptes à tester et à contracter, si l'opportunité d'un conseil judiciaire et la nécessité de l'interdiction ne s'imposaient pas.

Aussi, des égarés qui parviennent à se ressaisir, à renoncer à l'affreuse drogue, qui reviennent au véritable sentiment de l'existence et des devoirs sociaux, auxquels ils avaient la lâcheté de se soustraire, au moyen de la fatale seringue, commencent par être confus de honte, par rougir de leur conduite. Ils s'en veulent comme d'une horrible lacune dans leur vie, qu'ils cherchent à combler à force d'énergie et dont ils veulent effacer le déshonorant stigmate.

Il faut aussi réagir contre l'usage immodéré de la bière, de l'absinthe et de tous les véhicules alcooliques, même le vin, qui contiennent des aldéhydes, des éthers, des acétates d'éthyle, d'amyle, etc., produits impurs et dangereux, dus pour la plupart à des distillations insuffisantes. Toutes les adultérations qui abaissent le prix de revient des boissons spiritueuses ont pour résultat d'augmenter leur débit, dans des proportions désolantes, surtout dans la classe ouvrière.

Le Dr Laborde a dénoncé à l'Académie cet attentat général, permanent, d'autant plus criminel qu'il indique de la part du coupable la préméditation savante, qu'il spécule sur une nécessité de l'alimentation. Il a démontré que la plupart des arômes ou bouquets, qu'on ajoute aux liqueurs, sont des poisons, que le vermouth et le

par M. Cadet de Gassicourt, pratique que nous avons employée nous-même à l'hôpital Trousseau, dans les services de M. Legroux et de M. Sevestre.

« Après m'être assuré de la présence du pus par une ponction exploratrice, je vide entièrement la plèvre à l'aide d'un appareil aspirateur. *Cinq jours* après, je recherche de nouveau l'existence du pus. S'il ne s'est pas reproduit, une seconde ponction ultérieure est inutile. Le malade est *guéri*. S'il s'est reproduit (ce que démontrent l'élévation de la courbe thermique, les signes physiques et la ponction exploratrice), une ponction évacuatrice nouvelle en fait reconnaître la quantité. Est-elle moindre d'un tiers, de moitié, des trois quarts, on peut espérer un succès. *Cinq jours* plus tard, troisième ponction ; elle est souvent blanche. Reste-t-il du pus ? Une quatrième ponction affirme presque toujours la guérison définitive. La durée du traitement est ainsi au maximum de quinze jours.

Mais si, soit à la seconde, soit à la troisième ponction, la quantité de pus est égale ou peu inférieure à celle de la précédente, il est inutile de persévérer. Il faut recourir à l'incision, sous peine de perdre un temps précieux et de laisser s'affaiblir le malade.

Par cette méthode, on a le double avantage de laisser à l'enfant les chances d'une guérison en une, deux, trois, quelquefois quatre ponctions, c'est-à-dire en un, cinq, dix ou quinze jours, sans lui enlever celles d'une guérison en vingt, trente ou quarante jours, à la suite de l'opération de l'empyème. »

Quant à la pratique même de l'opération de l'empyème, nous insistons sur ce fait qu'on doit observer une rigoureuse antisepsie afin de n'introduire aucun germe nouveau et que les lavages sont le plus souvent nuisibles. Tout au plus admettons-nous un premier lavage immédiatement après l'incision avec une solution de sublimé à 1/3000. Deux drains sont suffisants et les pansements seront le plus rares possible (1).

2° Pleurésie purulente à streptocoques. Contrairement au pneumocoque, le streptocoque vit longtemps et résiste aux agents de destruction. La pleurésie qu'il produit succède soit à l'érysipèle, à l'infection puerpérale, soit à une bronchopneumonie, à une péritonite à streptocoques, soit à une otite, une angine, soit à une grippe, une scarlatine, une fièvre typhoïde.

Les symptômes du début sont bruyants ou insidieux : en aucun cas les suites ne sont proportionnées au mode de début ; un début franc peut commander un empyème qui traînera. La fièvre est presque toujours vive, mais c'est le type de la fièvre de suppuration, à oscillations larges et irrégulières. Il y a souvent des sueurs, de grands frissons, de la diarrhée.

Le liquide se produit rapidement et se *reproduit encore plus vite* après les évacuations. L'enkystement et les vomiques sont rares; au contraire l'infection généralisée est toujours menaçante.

Dans le diagnostic, il faut tenir grand compte du nombre relatif des streptocoques, de la grande toxicité des liquides pleuraux élaborés par ces microbes (recherches de Vignalou) (2), enfin du degré de virulence par inoculations. La durée est toujours longue, même chez l'enfant, et il nous souvient d'un enfant de 6 ans qui, traité dans le service de M. Legroux pour une pleurésie purulente secondairement streptococcique, guérit seulement au bout de cinq mois.

Le traitement doit être hâtif, complet, énergique. Il ne faut pas tergiverser longtemps, essayer quelques ponctions. Avec Laveran, Netter, Debove, nous conseillons l'empyème précoce et suivi d'injections antiseptiques dans la plèvre.

(1) *Concours médical*, 1886, page 301.

(2) Pleurésie purulente à streptocoques (Vignalou. *Th. de Paris* 1890).

---

bitter eux-mêmes contiennent un principe artificiel fort dangereux, l'aldéhyde salicylique, que les fabricants substituent à l'essence de reine-des-prés.

Tous ces esprits sont ennemis de l'esprit.

— L'alcoolisme particulier et presque inédit par le cidre, avec ivresse tapageuse, se rapprochant de l'absinthe, est aussi à redouter.

— Il paraît qu'il y a des dames qui se grisent jusqu'à l'abrutissement avec de l'eau de Cologne, de l'eau de Botot et même de l'éther : La caractéristique de l'éthérisme, c'est la dégradation écœurante par suite de la perturbation du sens génésique.

N'insistons pas sur cette pénible question, et plaignons les victimes, personnes jadis haut placées, artistes de premier ordre, fils et filles de grandes familles dont l'intelligence a sombré et qui sont irrémédiablement condamnées, car l'éther ne pardonne pas.

....

Je conclurai en disant : Lorsqu'on a eu reconnu que les alcools frelatés, non viniques, qui se vendent actuellement, exerçaient un travail d'obnubilation sur les plus lumineux cerveaux, que la dégénérescence de notre race pouvait en dériver, on est arrivé à prescrire beaucoup moins la potion de Tood et autres composés thérapeutiques contenant des spiritueux.

Il faut qu'on agisse de même pour l'injection morphinée, qu'elle ne soit jamais abandonnée à la discrétion des malades, qu'elle soit considérée comme un remède héroïque, réservé aux cas d'exception : coliques néphrétiques, hépatiques, etc., et surtout aux cas incurables (cancers, ataxie, etc.), pour lesquels cette médication est vraiment un bienfait inappréciable.

Soulager la douleur est œuvre divine, disait Hippocrate, mais encore faut-il que ce soulagement n'aboutisse pas à mettre la vie en danger, quand elle n'est pas menacée.

Je suis partisan de la douce, de la sainte anesthésie ; je bénis cette providentielle et fascinante médication, mais je n'y ai recours que lorsque la douleur est devenue intolérable, que dans les grandes crises et non pour des douleurs insignifiantes. Je n'ai eu, le plus souvent, qu'à me louer d'avoir attendu, avant de favoriser la légitime évasion dans l'oubli des infortunés qui étaient au bout de leur patience !

Dr Grellety (de Vichy).

Les lavages seront faits à l'eau naphtolée ou au sublimé à 1/3000, à la température de 38 degrés environ ; on ne les répétera que le moins souvent possible, en tenant grand compte des caractères du pus qui sort, de la température, de la constatation de la diminution de virulence des streptocoques.

3° Pleurésies du bacille encapsulé de Friedlander.

Même évolution et même traitement que pour la pleurésie à pneumocoques.

4° Pleurésies du bacille d'Eberth (1).

Même traitement que pour la pleurésie à streptocoques.

Les staphylocoques sont généralement associés aux streptocoques.

Les empyèmes à associations microbiennes.

1° Association pneumococci-streptococcique. Cette association existe d'emblée ou elle est secondaire à l'intervention.

Les symptômes sont encore plus graves que dans les cas où les microbes sont isolés, mais ce sont les streptocoques qui l'emportent ; donc, traitement hâtif, énergique ; empyème et lavages.

2° Association bacillo-streptoccocique ou staphylococcique. Ce sont les pleurésies purulentes aiguës et subaiguës des tuberculeux. Ici, la question du traitement est discutée. Beaucoup prétendent qu'une pleurésie purulente chez un tuberculeux n'a pas besoin d'etre opérée.

Il y a deux cas à considérer : si le tuberculeux est très avancé, il faut se borner à une ponction simple pour le soulager. Mais si la tuberculose est peu avancée, si l'examen du pus montre qu'on est en présence d'une association staphylococci-streptococcique, si la pleurésie est bien aiguë, elle peut guérir et l'empyème est nécessaire avec lavages antiseptiques.

Quand la pleurésie est subaiguë, quand on trouve associés dans le pus les bacilles de Koch et les streptocoques, la pleurésie est de nature franchement tuberculeuse, il y a une sorte d'infection générale de la plèvre et des poumons par l'association microbienne. L'opération de l'empyème donne de mauvais résultats. Il vaut mieux se borner à quelques ponctions avec ou sans lavages par la méthode de Fernet, de Desplats, de Moizard.

3° Pleurésies gangréneuses et putrides. Ces pleurésies sont consécutives à des gangrènes pulmonaires ou à l'introduction dans la plèvre de germes putrides (instruments sales, ouvertures d'abcès de voisinage sus ou sous - diaphragmatiques). Le début est le plus souvent très violent. La fièvre est continue avec rémissions matinales; puis la température s'élève brusquement avec grands frissons. Enfin l'état général est rapidement très grave, (adynamie, collapsus).

Ici, la thoracotomie est une opération d'urgence : elle doit être large et toujours antiseptique. On pourra être obligé dans certains cas de recourir d'emblée à une opération encore nouvelle, exposée et pratiquée par M. Delagénière du Mans, et qu'on a désignée du nom de pneumectomie.

4° Pleurésies purulentes chroniques, tuberculeuses. — Abcès froids pleuraux.

D'après Kelsch et Vaillard, il peut se présenter plusieurs formes : D'abord, la présence de quelques granulations tuberculeuses sur la surface de la plèvre peut amener un exsudat transparent qui se résorbe facilement. Dans d'autres cas, ce n'est qu'après plusieurs poussées de ramollissement des produits néoformés que l'épanchement purulent est constitué. Souvent on ne trouve pas de bacilles de Koch dans ce pus et Fraenkel prétend que les pleurésies purulentes sans microbes sont tuberculeuses. La pleurésie purulente tuberculeuse est primitive ou secondaire à des lésions pulmonaires ; dans ce 2e cas elle survient souvent après plusieurs hémoptysies.

Dans la pleurésie tuberculeuse, quoiqu'en dise M. Bouveret, l'empyème donne de mauvais résultats ; il persiste des fistules intarissables, des rétractions de la paroi qui nécessitent une dangereuse opération pour un tuberculeux, l'opération d'Estlander (1).

Nous conseillons donc avec M. Debove et M. Netter, les ponctions simples avec l'appareil de Potain ou de Dieulafoy, sans injections, ou avec des injections de petites quantités d'éther iodoformé, comme pour les abcès froids.

II

Variétés anatomiques.

Les pleurésies purulentes n'occupent pas toujours toute la cavité pleurale ; elles peuvent se limiter ; grâce aux cloisonnements de la séreuse le pus peut former des collections enkystées et les traitements à appliquer pour l'évacuer varient suivant les localisations.

1° Pleurésies purulentes interlobaires. Nous avons déjà étudié cette variété dans la Semaine médicale du n° 21 du « *Concours* », à propos d'une leçon de M. le professeur *Potain*. Nous n'insisterons pas sur des variétés très rares, telles que : empyème médiastin, empyème du sommet, empyème diaphragmatique ; le traitement consiste en ponctions évacuatrices avec injections antiseptiques, comme pour des abcès. Ce traitement doit être tenté, même après la production de vomiques, si on n'a pas réussi à prévenir cet accident.

2° Empyèmes pulsatiles. A. Empyème intrapleural pulsatile. Le traitement ne présente rien de particulier. Ce qui est important, c'est la précision du diagnostic. Il ne faudrait pas faire une opération d'empyème sur un anévrysme aortique intra-thoracique. Il faut se rappeler que dans un anévrysme il y a frémissement, souffle, modifications du pouls dans les artères qui naissent audessous de la poche anévrysmale ; il y a de l'inégalité des 2 pouls radiaux, des phénomènes de compression du côté de la trachée, de l'œsophage, des gros troncs veineux du médiastin. D'après Stokes, eu égard à l'étendue de la matité les battements de l'anévrysme sont généralement beaucoup plus énergiques que ceux de l'empyème pulsatile.

B. Empyème pulsatile de nécessité. Cette forme est caractérisée par la présence d'une tumeur extérieure. Le pus a perforé l'espace intercostal et formé une collection sous-cutanée en un point de la paroi. Il se trouve généralement sur la région thoracique antérieure, entre le sternum et la ligne axillaire, sur les es-

(1) *Concours médical* 1886, page 26.

(1) *Concours médical* 1887, page 87.

paces intercostaux moyens. Le volume en est quelquefois gros comme la tête d'un enfant. Enfin, dernier caractère, il subit l'influence des mouvements respiratoires. C'est avec l'anévrysme perforant de l'aorte thoracique que le diagnostic doit être soigneusement étudié. La gravité de l'empyème pulsatile est due à son allure toujours chronique.

Le traitement de l'empyème de nécessité sera une incision suivie soit d'une ponction, soit de l'incision de la paroi. L'empyème pulsatile intrapleural sera justiciable de la thoracotomie d'emblée. Mais en général, les résultats ne sont pas superbes, il reste des fistules qui nécessitent l'opération d'Estlander.

Comme dans l'ouvrage de M. Debove, que nous avons suivi pas à pas dans l'étude de ces questions si importantes, nous terminerons par quelques mots sur les indications de l'opération d'Estlander, qui est du domaine de la chirurgie (1).

L'opération d'Estlander est dirigée contre l'empyème devenu chronique, c'est-à-dire la pleurésie purulente méconnue et longtemps abandonnée à elle-même ou la pleurésie purulente insuffisamment traitée et terminée par des fistules avec crétification de la plèvre et rétraction de la paroi. Or, lorsque la cavité de la pleurésie ne diminue pas, lorsque les premiers signes de la cachexie suppurative se montrent, il ne faut pas attendre la dégénérescence amyloïde, il faut opérer. Mais il faut tenir compte de l'âge du malade. Les jeunes malades guérissent certainement mieux. Les urines ne doivent pas contenir une notable proportion d'albumine, et la cavité pleurale ne doit pas être énorme, sinon il vaut mieux s'abstenir, l'opération donnerait des résultats déplorables. Les pleurésies enkystées guériront au contraire à merveille par ce procédé ou par la pneumectomie large avec volet costal aussi grand que possible comme dans l'opération de Prengrueber et de Delagénière.

M. Quénu a proposé aussi une modification pour obtenir la mobilisation de la paroi sans avoir recours à de grandes résections costales. Il fait la résection de 5 à 6 côtes sur une étendue de 2 centimètres une première fois en avant, et une deuxième fois en arrière suivant deux lignes verticales. Il en résulte un volet mobile qui s'affaisse facilement.

En résumé, suivant leurs variétés, les pleurésies purulentes doivent être traitées par quatre moyens différents : la thoracentèse, les lavages et injections, la thoracotomie et l'opération d'Estlander. Toutes ces opérations peuvent être dangereuses et compliquées si on ne prend pas de strictes précautions qui sont : 1° l'antisepsie absolue partout et toujours; 2° la modération dans le nombre et la quantité des lavages intra-pleuraux.

P. Huguenin.

CLINIQUE

Hôpital Broussais — M. H. Barth. — Leçon clinique recueillie par le Dr P. Hervouët.

De l'épistaxis dans la néphrite chronique.

Messieurs,

Il y a en ce moment au n° 19 de la salle Delpech un homme de 57 ans, d'apparence vigoureuse.

Dans ses antécédents on trouve de l'alcoolisme et du rhumatisme chronique. Depuis deux à trois ans, il a eu des crises de dyspnée et des palpitations ; et il a été soigné dans plusieurs hôpitaux. — Il est entré dans notre service il y a trois semaines, parce que son état s'était aggravé depuis quelque temps.

Nous avons trouvé à notre premier examen des symptômes de néphrite interstitielle avancée : le facies est jaunâtre, blafard ; il y a de la bouffissure des paupières ; le malade sent comme un poids sur sa poitrine, il a de la gêne respiratoire, des palpitations cardiaques, de la pollakiurie ; mais on ne constate pas d'enflure des jambes. — Son cœur est énormément hypertrophié, il bat sous la 6e côte, à 3 centimètres en dehors de la ligne mammaire ; on note à l'auscultation un bruit de galop, et des signes d'insuffisance aortique, affection qui se rencontre assez souvent avec la néphrite interstielle, car elles sont des manifestations d'une même maladie : l'artério-sclérose. — Les urines sont très abondantes, claires, d'une faible densité ; il y en a 2 à 3 litres par jour ; on ne constate pas d'albumine à l'entrée, ce qui n'a rien d'étonnant, car ce n'est pas un phénomène constant, loin de là, dans la néphrite interstitielle. — Comme troubles nerveux, il présente de la céphalée légère, surtout le matin, et quelques vertiges pouvant être imputés à la lésion aortique. Pas de phénomène sérieux du côté des poumons. — Il ne semble donc pas qu'il y ait imminence d'urémie.

Le traitement a consisté en régime lacté partiel avec privation complète de vin, et iodure de potassium, 1 gr. Au bout de quelques jours, il y avait amélioratiou de la dyspnée et des palpitations.

Puis est survenue une hémiplégie faciale à la suite de froid. accident spécial et de cause extérieure, n'ayant pas de rapport avec la néphrite.

L'état général n'était donc pas mauvais, quand il y a quelques jours, à la suite d'un petit écart de régime, le malade eut de la céphalalgie et moucha du sang. Le saignement de nez, qui est une chose banale à la puberté, n'inquiéta pas le malade qui y avait été sujet ; il se moucha, et se remoucha, et finalement eut une épistaxis très abondante, qui, après qu'on eût tenté différents moyens, céda au tamponnement avec l'amadou. Il y eut ensuite vomissement de sang, venant du sang tombé dans l'œsophage ; mais l'épistaxis ne se renouvela pas : il y avait eu plus de deux litres de sang de rendu.

J'ai immédiatement mis le malade au régime lacté intégral ; je lui ai ordonné un purgatif énergique, composé de 30 gr. d'eau-de-vie allemande avec autant de sirop de nerprun ; j'ai supprimé l'iodure de potassium et je l'ai remplacé par 4 gr. de bromure.

Depuis trois jours, l'épistaxis ne s'est pas reproduite, et le malade se sent soulagé ; le pouls est détendu, et le bruit de galop moins intense.

L'épistaxis n'a donc eu ici qu'une conséquence plutôt favorable ; mais il n'en est pas toujours ainsi dans le cours du mal de Bright.

Je me souviens, il y a plusieurs années, d'un autre malade ayant de la néphrite saturnine, et soigné par les moyens ordinaires, et notamment par l'iodure de potassium. Ce malade a une épis-

(1) *Concours médical* 1884, pages 45, 97, 657.

taxis, qui cède à un traitement simple. Puis dans la soirée, survient une seconde épistaxis, très abondante, traitée par le tamponnement classique avec la sonde de Belloc. — Le lendemain il paraissait mieux. — Deux jours après, il avait une otite double de la caisse avec suppuration. — Deux jours après, une nouvelle épistaxis survenait encore; et quoique on fût parvenu à l'arrêter, le malade mourait au bout de quelques jours d'épuisement. — Donc ici l'épistaxis a été la cause directe de la mort; ce n'est pas excessivement rare.

Bright l'avait notée comme symptôme initial des néphrites chroniques; il disait même que chez un adulte qui n'est pas atteint de maladie du foie, l'épistaxis était un symptôme de néphrite.

Voici quels sont ses caractères cliniques. — Elle se montre rarement dans les néphrites aiguës, parenchymateuses, ou seulement à leur période ultime, avec d'autres hémorrhagies. Il faut en excepter cependant la néphrite scarlatineuse, où l'épistaxis n'est pas rare. Mais c'est surtout dans la néphrite interstitielle qu'on a constaté l'importance et la fréquence de l'épistaxis, à deux périodes, au début, et vers la fin. Celle du début offre surtout de l'intérêt pour le diagnostic; elle survient en général inopinément; cependant il y a souvent quelques prodromes; chez des individus ayant de la céphalée, une dyspnée facile, de la toux, après des fatigues, il se produit de la pesanteur de tête, de l'obnubilation des yeux, des bourdonnements d'oreille, en un mot de la congestion encéphalique; alors surviennent des mouchements de sang, et des saignements de nez qui se répètent et qui inquiètent le malade, surtout si l'épistaxis a été abondante. Le médecin trouve alors les signes de la néphrite interstitielle à la première période. — Plus tard, à une période plus avancée, on trouve les mêmes signes, en même temps que de l'amblyopie, de l'hypertrophie cardiaque, de la congestion pulmonaire, de l'œdème des jambes, etc. L'épistaxis est alors plus abondante; elle peut atteindre un litre, deux litres, trois litres, et elle peut être dangereuse. Cependant, si elle ne survient qu'une fois, elle fait l'effet d'une saignée; mais si elle se répète, on a de l'anémie aiguë. Alors il existe des altérations vasculaires, et l'hémorrhagie se reproduit d'autant plus facilement que le sang est plus fluide, et les vaisseaux moins résistants. Même chez les malades où l'épistaxis ne se reproduit pas, il faut craindre l'imminence de l'urémie : c'est un symptôme d'un fâcheux augure.

Ce symptôme a donc une grande valeur séméiologique, qui diffère suivant la période de la néphrite. Au début, c'est parfois le premier signe qui permette de faire le diagnostic. En cherchant, on trouve de la pollakiurie, (femme se levant une fois la nuit pour uriner, homme deux ou trois fois), une respiration courte, essoufflée rapidement, des palpitations cardiaques; les urines examinées, on obtient le plus souvent un léger précipité albumineux, qui n'existe pas toujours, et qui n'est pas nécessaire pour le diagnostic, mais qui le confirme. Alors on institue le régime et le traitement nécessaires. — Dans d'autres cas, l'épistaxis s'observe chez des malades atteints depuis longtemps de néphrite; sa valeur diagnostique est peu importante, mais pour le pronostic, c'est un indice grave, ou du moins assez sérieux, parce qu'une épistaxis assez abondante montre l'existence de troubles sérieux, et indique que le malade est menacé d'accidents de la période ultime. Pourquoi ce pronostic grave? Parce que nous soupçonnons que la pathogénie de l'épistaxis est liée de façon étroite à d'autres accidents de la période ultime des néphrites. Il y a différentes opinions sur le mécanisme de ces épistaxis : pour certains auteurs, elles sont dues à l'augmentation de la pression sanguine, c'est de la congestion active; pour d'autres, elles tiennent à l'altération du liquide sanguin; pour d'autres encore, elles reconnaissent comme causes les lésions des vaisseaux périphériques dans l'artériosclérose, les altérations des parois vasculaires. La vérité est que ces trois ordres de causes contribuent à l'épistaxis dans la néphrite avancée. En effet la néphrite interstitielle survient chez les arthritiques ou les intoxiqués (alcool, plomb), c'est-à-dire chez des *congestifs*, ce qui explique l'épistaxis du début. Plus tard, il y a altération du sang, anémie et hydrémie relatives et le sang contient des matériaux toxiques non éliminés. A une période avancée, l'altération des parois vasculaires intervient certainement pour faciliter les hémorrhagies et les rendre plus graves; car après une première épistaxis, la cicatrisation chez les malades à vaisseaux altérés se fera moins bien, et l'hémorrhagie est moins congestive que dépendant de la rupture des petits vaisseaux, si la croûte formée est agacée et enlevée.

Avant de passer au traitement, je tiens à vous citer une troisième observation tirée de ma pratique privée, et qui montre bien quelle est l'importance du diagnostic et du traitement dans les cas semblables.

Le malade est un homme d'une soixantaine d'années, habitant la campagne; il était artérioscléreux et présentait quelques symptômes de néphrite interstitielle pour lesquels il vint me consulter; je lui conseillai de prendre pendant longtemps de l'iodure de potassium; mais il cessa au bout de quelque temps. Sept à huit mois après, survint une épistaxis abondante; le médecin de la localité, appelé, pratiqua le tamponnement, puis pour réparer la perte que venait de faire l'organisme, il donna un régime tonique et fortifiant : vin généreux, viandes noires, etc. Deux jours après, nouvelle épistaxis : même traitement. Puis encore une autre épistaxis, et toujours un régime reconstituant.

Alors le malade inquiet vint me consulter de nouveau et, après l'avoir examiné derechef, je n'eus pas de peine à constater que ces épistaxis étaient sous la dépendance de la néphrite. Mais, le traitement que je lui conseillai, le régime lacté exclusif, lui fit jeter les hauts cris; il lui paraissait beaucoup plus rationnel de prendre un régime fortifiant, et j'eus toutes les peines du monde à le convaincre; je lui donnai avec ça du bromure de potassium, et, de temps en temps, un purgatif. Au bout de quelque temps, il revint me voir, très content, n'ayant pas eu de nouvelle épistaxis, et reprenant de la mine. Alors j'associai l'iodure au bromure; puis, quelque temps après, je donnai l'iodure seul. Maintenant mon malade est très bien portant.

D'une façon générale, le traitement de l'épistaxis dans la néphrite chronique est double : il y a le traitement de l'épistaxis elle-même, et le traitement préventif de cette épistaxis.

1° *Traitement extemporané de l'épistaxis.* — Si elle est légère, ne pas faire de tamponnement des fosses nasales, commencer par essayer, non les hémostatiques, mais les révulsifs (sinapismes sur les membres ou la nuque, par exemple) ; injections ou aspiration d'eau chaude dans les fosses nasales ; faire, si cela ne suffit pas, le tamponnement antérieur, en introduisant de l'amadou taillé, dans l'intérieur des fosses nasales ; faire prendre une position demi-assise, la tête penchée en avant. — Dans les hémorrhagies abondantes, avant d'avoir recours au tamponnement de Belloc, essayer ceci : préparer des bourdonnets d'ouate, attachés avec un fil, roulés dans du salol, introduire les tampons dans la narine en les poussant doucement, et emplir complètement la cavité ; s'il n'y a qu'une narine qui donne du sang, le succès est à peu près certain. Si l'hémorrhagie se fait par les deux narines à la fois, il faut tâcher d'être ingénieux ; mais le pronostic est toujours grave, car l'hémorrhagie est difficile à arrêter. Il ne faut laisser les bourdonnets que 24 heures en place.

2° *Traitement préventif.* — Il faut d'abord connaître l'influence de la médication iodurée pour produire l'épistaxis ; l'iodure de potassium au début donne lieu à de nouvelles épistaxis, s'il s'en est déjà produit : aussi convient-il de ne pas le donner tout de suite, ou tout au moins de l'associer au bromure de potassium ou de sodium dont la dose quotidienne sera 2 grammes en moyenne. Malgré l'avis de cliniciens autorisés qui craignent d'élever la tension artérielle chez un malade ayant eu des épistaxis, j'emploie le bromure parce que c'est un sédatif puissant du système nerveux, un décongestionnant efficace, et que, cette crainte théorique, je ne l'ai jamais trouvée vérifiée dans la pratique.

Donc au début : 1° Régime lacté absolu ; — 2° Bromure de potassium ou de sodium 2 à 4 gr. — 3° Si la dépuration rénale est insuffisante, comme c'est l'ordinaire, des purgatifs tous les huit jours. — Au bout de quelque temps, quand l'épistaxis ne s'est pas reproduite, j'associe l'iodure au bromure à la dose de 0 gr. 50 par jour, dose que plus tard je porte à 1 gr. en supprimant le bromure. De même au bout de quelque temps on peut se relâcher du régime lacté intégral, et associer au lait des légumes, des œufs, des viandes blanches bien cuites ; mais je conseille l'abstention des viandes rouges, du vin, et du bouillon gras, qui, chez ceux dont la dépuration urinaire se fait mal, est une décoction de poisons.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Honoraires médico-légaux. Un comble.

Maisons-Laffitte, 16 mai 1892.

Cher confrère,

Le mois de février dernier j'étais requis par la gendarmerie d'aller à Suchonville examiner le cadavre d'un enfant nouveau-né, trouvé dans la Seine, et d'envoyer, à ce sujet, un rapport au parquet de Versailles.

Quelque temps après je reçus du même parquet un mandat de *trois* francs à toucher à Saint-Germain-en-Laye, à l'enregistrement de *telle heure à telle heure.*

Voyage à Saint-Germain, aller et retour par l'omnibus, coût.......... fr. 1.40
Estimant une journée au bas mot à fr. 30 pour n'être pas taxé d'exagération.
Trois heures d'absence.......... 7.50

Total.......... 8.90

Pour toucher 3 francs, n'est-il pas absurde qu'on oblige, par un vice d'organisation, un citoyen à dépenser 8.90 !

J'avais besoin à Saint-Germain pour autre chose, et j'ai dit « soit ».

Oui, mais voilà qu'il y a quelques jours, je reçois de l'enregistrement une note m'informant que la pièce que j'ai fournie (émanant du parquet, notez bien) a été rejetée de la comptabilité du receveur, comme irrégulière, et me priant de rendre les *trois francs* qui m'ont été remis à tort, et de retirer la dite pièce pour la faire rectifier dans le sens indiqué par la circulaire ministérielle.

Il me semble, et ne vous semble-t-il pas aussi, mon cher confrère, que si l'administration a commis une erreur, c'est à elle et non à moi d'en subir les conséquences ?

Dois-je, une seconde fois, me rendre à Saint-Germain ?

Un mot, à ce sujet, s'il vous plaît, dans votre prochaine correspondance et agréez, etc.

Dr Licke,
Maisons-Laffitte.

Réponse : Ce sont ces faits incroyables que nous publions de temps en temps, et on s'étonne que les médecins éprouvent quelque impatience de vivre sous un tel régime.

Non, ne retournez pas à Saint-Germain. Ne rendez pas les 3 fr. Laissez-vous saisir, car on vous saisira ! Heureusement pour vous que ce sera la première et la dernière fois et nous raconterons les faits et les joindrons au dossier.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical du Finistère.

Procès-verbal de la séance annuelle.

Monsieur et Honoré Confrère,

A l'heure et dans le local indiqué dans notre convocation du 10 janvier dernier, a eu lieu la séance reconstitutive dont nous tenons à vous rendre compte.

L'inclémence du temps et l'épidémie régnante avaient empêché bien de nos confrères de se joindre à nous ; or, ces motifs, qui peuvent se reproduire, en cette saison surtout, nous engagent à fixer désormais notre réunion annuelle à la fin de l'été, époque plus propice aux déplacements.

Vous vous rappelez que nous avons voulu cette fois profiter d'une coïncidence qui pouvait amener ici un grand nombre de médecins.

Dans cette séance de 2 heures, où un coup d'œil rapide jeté sur les débuts laborieux et pleins d'entrain de notre Syndicat nous reportait à peu près de 10 ans en arrière et marquait une différence sensible avec les hésitations et la regrettable indifférence de ces dernières années, nous avons pu

constater qu'un certain nombre de nos confrères avaient compris la nécessité de réagir et de prendre part au labeur général qui s'accentue dans un grand nombre de syndicats français et dont la lecture du *Concours* nous apporte les fruits.

Nous avons pu comparer, et, regrettant notre inertie passée, prendre la résolution de nous réunir plus souvent en préparant à l'avance des discussions utiles et pratiques.

— Nous avons pu compter les lacunes ouvertes dans nos rangs par la mort au cours de ces trois dernières années et payer notre tribut de regrets sincères à nos confrères :

Gestin (T.), syndic de Brest,
Le Clech (de Lanmeur), député du Finistère,
Prat (de Lauildut),
Hermange (de Brasparts),
Plainfossé-Hauteville (de Poudalmézeau).
Legris, syndic de Morlaix ; enfin notre sympathique trésorier Miorcec.

Puis il nous a fallu songer à régulariser notre situation vis-à-vis de la caisse centrale de l'Union générale des syndicats français et décider que notre part contributive lui serait versée pour les années 88, 89 et 91, celle de 90 l'ayant été par le défunt trésorier et sous notre responsabilité, au moment de l'effort tenté pour appuyer devant la commission sénatoriale le projet de loi auquel M. le Dr Chevandier, député de la Drôme, attache son nom et qu'il soutient avec un dévouement exemplaire.

Cette brèche sensible faite à notre modeste réserve budgétaire ne pouvait réellement être différée ; nous devions faire honneur à nos engagements et ne pas nous montrer indignes de la générosité empressée avec laquelle *la caisse de l'Union s'était ouverte au profit de la famille d'un de nos membres enlevé brusquement au milieu de son rude labeur.*

Ces questions réglées pour le passé, nous avons ouvert nos rangs à de nouveaux adhérents :

MM. les Drs Bonnain (de Brest) ;
Houdart (de Saint-Pierre-Quilbignon) ;
Jénevin (de Landerneau) ;
Kermarec (de Plougastel-Daoulas) ;
Le Pord (de Lanildut) ;
Marchais (du Faou) ;
Pilven (de Quimper) ;
Quéré (de Guerlesquin).

et procédé à la reconstitution du Bureau qui, provisoirement et en attendant une réunion plus nombreuse où tous les groupes du département seront représentés par des Syndics spécialement élus, a été composé de :

MM. Morvan (de Lannilis), président honoraire ;
Maréchal (de Brest), président,
tous deux déjà en exercice antérieurement, et de :
M. Hébert (J.), secrétaire-trésorier (de Brest, 3, boulevard Thiers),
nommés par acclamation.

Pendant que chacun de nous acquittait sa cotisation annuelle, — nos nouveaux collègues signaient leur *adhésion à la Société du Concours médical* ; à ce moment une objection se produisit, — en dehors d'eux, — sur l'opportunité de cette adhésion écrite.

On a fait valoir cette considération qu'un semblable engagement ferait peut-être hésiter bien des confrères en compliquant leur intention de faire partie du Syndicat d'une adhésion simultanée à une œuvre toute privée et d'apparence industrielle : la publication d'un journal médical. (1)

Ceci mérite une réponse explicative pour enlever à cette preuve de solidarité tout caractère de contrainte, et lui restituer au contraire celui d'une libre approbation et d'un acquiescement dévoué.

Qui ne voit en effet :

— 1° Qu'il va de l'intérêt bien entendu de tout adhérent de bonne foi au principe de l'*action commune* dans le *Syndicat* d'acquérir simultanément un moyen de se tenir au courant du progrès dans les doctrines au profit de sa sauvegarde professionnelle, — et un terrain commun de discussion, où chacun peut défendre ses opinions, exposer le fruit de ses méditations et soumettre à ses pairs les cas embarrassants de sa pratique, tant au point de vue professionnel que scientifique.

Il faudrait être en vérité ou bien inexpérimenté ou doué d'une rare assurance pour avoir toujours plus confiance en son seul jugement qu'en la raison plus froide et souvent plus aguerrie d'une grande majorité d'appréciateurs, du reste toujours sympathiques ; car s'isoler hors des voies de ce Journal, — le seul interprète jusqu'à ce jour de nos constantes revendications, — c'est avouer des tendances particularistes en opposition avec les tendances fondamentales du Syndicat et proclamer que l'opinion d'un seul peut prévaloir indéfiniment contre les traditions mûries par l'expérience et passées au contrôle de tous.

— 2° Qu'il n'est pas aujourd'hui de *meilleur instrument de cohésion* dans la lutte contre tous les adversaires du médecin, de lien plus effectif et plus consolant entre tous les membres de la famille médicale ayant souci de leur dignité et du fructueux rendement de leur travail.

— 3° Enfin que cet engagement, — nécessaire à l'Administration du Journal pour savoir réellement sur quel fonds d'abonnés il peut à un moment compter, ne vaut que par la sincérité durable avec laquelle chaque adhérent vient en aide aux revendications que le Journal poursuit, et que du reste, pendant toute la 1re année, où le service de cette publication est fait gratuitemen à ce nouvel adhérent, celui-ci a tout loisir pourt apprécier les services rendus et à rendre.

Il n'en va pas du reste autrement pour la « *Société du Concours* » que pour toute autre Société réellement coopérative, à organe spécial de vulgarisation et de défense professionnelle.

Passant ensuite aux prévisions relatives à nos réunions ultérieures, nous avons cru devoir appeler les réflexions de nos collègues sur certaines questions qui, en dehors de chaque ordre du jour particulier, se recommandent à leur étude approfondie.

Aucune question générale ne semble plus pressante que celle de l'*Assistance publique et obliga-*

(1) Nous remercions nos confrères du Finistère de leur propagande en faveur du *Concours médical* ; mais il est bien entendu que l'adhésion à notre Société n'est qu'une bienveillante invitation faite spontanément par nos amis si nombreux.
A. C.

toire dans les campagnes. N'appartient-il pas en effet aux médecins d'être les premiers élaborateurs de cette loi dont l'absence est l'opprobre de notre époque libérale ? Leur silence sera l'éternel argument des Pouvoirs publics fermant obstinément les yeux devant l'exercice éhonté de la médecine illégale et méconnaissant à plaisir la loi qui la proscrit.

Il faut que chaque médecin étudie dans le détail et le plus pratiquement possible les divers moyens de secourir *effectivement* l'indigent *de sa contrée* et cela le plus économiquement pour tous.

Ici plusieurs questions préjudicielles pourront être matière à controverse :

— (*a*) *Définir l'indigent*, établir les conditions qui doivent faire inscrire un malade sur la liste d'indigents, celles qui l'en doivent éliminer.

Comment admettre en effet que le médecin veuille avec quelque raison siéger dans la commission qui dans chaque commune dressera la liste des indigents s'il n'a pas à l'avance une opinion faite sur les conditions qui seules ouvrent des droits sérieux à l'assistance publique, — si lui qui, mieux que personne, soupèse les besoins et les ressources des indigents qu'il visite n'est pas au courant des secours dont on y dispose ? Cette connaissance préalable seule peut lui permettre d'alléger les charges du budget communal, ou, si ces charges lui paraissent irréductibles, réclamer avec preuves à l'appui les secours du département ou de l'Etat.

— (*b*) *Le mode de secours ne saurait être uniforme pour tous* et l'on peut dire que l'absence de distinction entre les diverses catégories de malades à secourir et le *meilleur mode de secours* a été jusqu'ici l'un des plus grands obstacles à l'organisation bien entendue de l'assistance publique rurale.

Il s'est trouvé dans les commissions qui ébauchaient des projets d'assistance nombre de personnes totalement étrangères à la profession, peu au courant de la pratique médicale et qui d'un cœur léger et d'une façon aussi inconsciente que peu judicieuse déléguaient au médecin la charge écrasante de l'*uniforme* visite à domicile.

— Qui jusqu'ici s'est occupé de modérer les indiscrètes exigences d'un public ignorant, affolé souvent et d'autant plus exigeant que les difficultés pratiques du service médical aussi bien que ses justes compensations ne l'occupent jamais ?

Qui a étudié la féconde et économique institution :

— (*c*) De la *consultation à jour fixe* ;

— (*d*) La création de nombreux *dispensaires municipaux gratuits et obligatoires*, en général très suffisants la plupart du temps ?

— (*e*) Qui surtout a colligé les éléments d'une *statistique sincère*, permettant d'affirmer la valeur des moyens propres à multiplier les secours en restreignant énormément les difficultés d'une distribution trop longtemps fantaisiste ?

Le but à atteindre ici c'est la simplification dans des secours variés avec les besoins, secours réels et non vaguement formulés pour faire parade de philanthropie.

— Mais si la loi d'Assistance publique, qui s'impose à bref délai à notre gouvernement, crée pour tout médecin soucieux de ses intérêts propres quelque travail préalable, il est d'autres questions toujours pendantes et sur lesquelles, dès le seuil de la carrière chacun trouve profit à s'instruire de l'expérience de ses aînés ; si la quotité des honoraires par exemple a mérité jadis une discussion approfondie dont le *Concours* s'est fait l'écho, — le meilleur mode de recouvrement, — la suite à donner à leur non-recouvrement restent encore des points indécis ; il y a pourtant un réel intérêt à savoir quelle conduite tenir tantôt devant l'inertie, tantôt devant les prétentions exagérées des hommes de loi qui interviennent forcément pour le recouvrement des créances litigieuses.

Les sociétés diverses qui font aux médecins des appels aussi pressants que pitoyablement rémunérés n'éprouvent pourtant pas plus d'indécision sur ces questions que les clients indélicats ; ceux-ci surtout, grâce à un sentiment exagéré de dignité et aussi à la longanimité maladroite et le plus souvent intempestive du médecin, s'offrent la satisfaction de passer gratuitement en revue tous les praticiens d'une région sans lui offrir du reste d'autre souvenir des bons offices réclamés plus ou moins impérieusement, et puis... recommencent. Et il en sera ainsi tant qu'un *Livre spécial* bien tenu ne prémunira point le médecin contre une aussi abusive tradition.

Que de perplexités n'éviterait-on pas souvent si l'on était guidé dans ses relations forcées avec la magistrature, les administrations, sans parler de celles plus directes et non moins épineuses avec ceux des Pharmaciens qui ne se considèrent pas comme l'auxiliaire nécessaire du médecin.

Les rapports des médecins entre eux, quoique le plus souvent courtois, sont fertiles en épisodes embarrassants pour lesquels l'expérience de tous n'est pas de trop, et l'on peut affirmer qu'à défaut d'une explication contradictoire franche et le plus souvent conciliatrice, tous peuvent utilement soumettre leur cas au « Concours » et tirer profit de ses avis d'autant mieux accrédités qu'ils sont plus impartiaux étant donnés d'une façon impersonnelle, sous le couvert d'un journal très répandu, où toute cause litigieuse trouve de nombreux et sérieux amateurs de controverse professionnelle !

Que de services de cet ordre a déjà rendus et rendra encore l'organe de publicité auquel nos nouveaux collègues ont apporté leur adhésion et que d'obligations n'avons-nous pas à l'habile et sympathique Directeur qui a su faire naître et rendre déjà féconde l'œuvre coopérative si équitable et protectrice pour tous de l'Union des Syndicats !

Sachons donc tirer profit des circonstances qui nous ont permis de resserrer des liens nécessaires au plus grand bien de tous et nous souvenir de la devise de notre Syndicat :

Solidarité protège.
Solidarité oblige.

Croyez, Monsieur et honoré confrère, à mes sentiments très distingués et dévoués,

Dr J. MARÉCHAL,
Président du Syndicat médical du Finistère.

REPORTAGE MÉDICAL

Congrès de l'éducation physique. — Nous faisons partie de la ligue pour l'éducation physique, et nous devons faire connaître les vœux émis par son congrès qui a eu lieu le 24 avril à la Sorbonne.

Vœu de la *section de la division du temps scolaire*, qui pense qu'on peut arriver à donner aux exercices du corps le temps qui leur est nécessaire en reportant à la matinée une partie des classes de l'après-midi. Dans les écoles primaires, la section demande la suppression d'une classe du soir au profit des exercices du corps.

Pour la *gymnastique scolaire*, vœu que chaque établissement d'enseignement secondaire ou primaire puisse disposer d'un terrain aménagé partie en pelouse et partie en esplanade, où les élèves soient tenus d'aller périodiquement se livrer en plein air à des jeux libres, et à des exercices méthodiques; — introduction du tir dans tous les établissements d'instruction; de la boxe française et de la lutte dans les exercices réglementaires des lycées et des collèges; concurremment avec l'escrime; à l'enseignement de la natation rendu obligatoire; aux exercices vélocipédiques pour les élèves âgés de plus de 13 ans; à l'adoption d'un costume spécial en maillot de laine pour tous les exercices du corps. De plus, vœu qu'une note d'état physique soit réservée dans tous les examens et concours de fin d'études à la vigueur du candidat, à son adresse, à son amplitude thoracique, à ce qui est chez l'individu d'ordre perfectible par la culture du corps; en second lieu qu'il soit créé un enseignement supérieur de l'éducation physique.

— Le bacille de la rougeole aurait été récemment découvert par deux médecins allemands; jusqu'ici il ne se cultiverait que très difficilement.

(*Union méd.*).

— *Conservation des œufs à l'aide de la vaseline.* — On sait que, même par un temps froid, et conservés dans un endroit sec, les œufs perdent au bout d'une quinzaine de jours ce goût de fraîcheur si recherché. D'après la *Revue des sciences naturelles appliquées*, on a réussi, en Russie, à pallier cette prompte altération en se servant de la vaseline. Pour cela, on en enduit des œufs propres par deux fois, avec un intervalle de trois à cinq jours, et on les enfouit ensuite dans du son, dans des paniers placés dans un local sec, frais, mais non point froid, et inaccessible à la gelée. L'expérience a démontré que les œufs ainsi conservés, peuvent être servis, à la coque, aux gourmets les plus exigeants. Mais les conditions de succès sont que le local soit très sec, et que les œufs soient très propres et éloignés de toute matière odorante.

— L'État de New-York vient d'adopter une loi portant que tout produit offert au public devra avoir une étiquette indiquant exactement les produits qui entrent dans sa composition. Toute contravention sera passible d'une amende pouvant s'élever à 1000 dollars et d'un emprisonnement d'une durée maxima de un an.

(*Chem. and Drugg.*)

— Nous empruntons à *The medical Press*, l'histoire suivante:

Le tribunal de Birmingham s'est occupé d'une affaire très curieuse.

Un médecin anglais, le docteur Malins, avait fait une laparotomie exploratrice chez une jeune fille souffrant des ovaires; et comme il n'avait rien trouvé d'anormal, il avait laissé les ovaires en place. L'année suivante, la malade souffrant toujours, s'adressa au célèbre Lawson-Tait, qui, ayant ouvert le ventre, constata que l'ovaire gauche était absent, et par suite ne put enlever que le droit. La malade porta une plainte contre le docteur Malins, l'accusant de lui avoir enlevé un ovaire sans son consentement; le docteur Lawson-Tait appuyait l'accusation. Le docteur Malins affirmait qu'il n'avait rien extirpé. La situation était embarrassante: Salomon aurait vraisemblablement proposé de recouper en deux le ventre litigieux; mais les juges, qui n'étaient point Salomon, étaient fort perplexes. Sur ces entrefaites, la jeune personne, qui s'était mariée, devint enceinte, à la grande satisfaction du docteur Malins, à la grande confusion du docteur Lawson-Tait. L'histoire ne dit pas si ce dernier a promis de se montrer plus réservé une autre fois.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

3713. — M. le Dr Forgeot, de Chaumont (Haute-Marne), présenté par M. le Dr Guillaume.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine
4, rue Antoine-Dubois, 4

Libraire-éditeur du « **Concours médical** », la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

La *Société d'Editions scientifiques*, établie sur les bases de la **Mutualité**, à pour principe de partager par moitié, entre les Auteurs et elle, *tout bénéfice* résultant de la vente des ouvrages.

Vient de paraître :

Guide pratique pour l'examen des maladies du larynx, du nez et des oreilles, par le docteur J. Baratoux, avec 181 gravures dans le texte et un atlas de 186 figures, in-18 de 340 pages. Prix : 6 fr. net; *franco* 4 fr. 80 pour MM. les membres du Concours médical.

Nous n'hésitons pas à dire, sans crainte de nous servir d'un cliché banal, que ce *manuel* extrêmement complet doit se trouver entre les mains de tous nos confrères.

EXTRAIT DE LA TABLE DES MATIÈRES :

De la laryngoscopie, de la rhinoscopie et de l'otoscopie; Eclairage; Otoscopie; Rhinoscopie antérieure; R. postérieure; Laryngoscopie; Affection des oreilles; Examen de l'acuité auditive; Insufflation d'air dans l'oreille moyenne; De la raréfaction et de la condensation de l'air dans le conduit auditif externe; Thérapeutique des maladies de l'oreille; Affections des fosses nasales; Thérapeutique des maladies des fosses nasales; Affections du larynx; Thérapeutique des maladies du larynx; Examen du malade; Méthodes d'examen.

Le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles, par le Dr J. Chéron, médecin de Saint-Lazare, officier de la Légion d'honneur.

Montrer l'action physiologique du drainage de la cavité utérine, rendre l'application de ce drainage réellement pratique et à la portée de tous les médecins, déduire de nombreuses observations les indications de cet important moyen thérapeutique dans l'aménorrhée, la dysménorrhée, les endométrites avant ou après curettage, les endocervicites, les sténoses et les atrésies du col, la dysménorrhée membraneuse, etc., tel est le but que s'est proposé l'auteur de cet ouvrage, de 132 pages, orné de 14 figures, conçu dans un véritable esprit clinique et destiné à rendre service à tous ceux qui s'occupent de gynécologie pratique.

Cet ouvrage a été publié par la *Société d'Éditions Scientifiques*, 4, rue Antoine-Dubois.

Un volume in-8° avec figures dans le texte. Prix: 4 francs, net 3 fr. 20 *franco*.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MEDICAL
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »
ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

LA CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS
FONDÉE EN 1884

Cette œuvre, fondée en 1884 par le *Concours médical*, a recruté le plus grand nombre de ses adhérents parmi les membres de notre Société, qui a fait les frais de son organisation, à l'origine. On verra par les documents que nous publions, que les résultats au bout de huit années, ont répondu à l'attente de *M. le Dr Lande* et dépassé ses prévisions les plus optimistes. Nous avons résolu de les communiquer à nos frais, à tous les médecins, dans le but de propager l'œuvre. M. le Dr *Dujardin-Beaumetz* a, en outre, mis à la disposition de la caisse une somme qui sera consacrée à la confection d'une *brochure* qu'on servira à toute demande. Nous espérons que ces deux publications, secondées par le prosélytisme de nos lecteurs, produiront de nombreuses adhésions.

A. Cézilly, membre du Comité Directeur.

Comité Directeur.

Président :

M. le Dr Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux, boulevard Saint-Germain, 176, Paris.

Vice-président :

M. le Dr Lande, vice-président de l'Association des médecins de la Gironde, agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, place Gambetta, 34, Bordeaux.

Secrétaire général :

M. le Dr Delefosse, président de la Société médicale du 9e arrondissement, rédacteur en chef des *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, place Saint-Georges, 22, Paris.

Trésorier :

M. le Dr Verdalle, secrétaire de l'Association des médecins de la Gironde, médecin des hôpitaux, rue Guillaume Brochon, 5, Bordeaux.

Secrétaire du Comité :

M. le Dr Maurat, membre du Conseil de Direction du *Concours médical* et de l'*Union des Syndicats*, à Chantilly (Oise).

Contrôleurs :

MM. Cézilly, président de l'Association des médecins de l'Oise, Directeur du *Concours médical*, Syndic de la *Presse médicale*. — Barat-Dulaurier, à Saint-Antoine-sur-l'Isle (Gironde).

Comité des Censeurs.

Président :

M. de Ranse, membre du conseil d'administration de l'Association générale des médecins de France, rédacteur en chef de la *Gazette medicale* de Paris, Syndic de la *Presse médicale*, Avenue Montaigne, 53, Paris.

Vice-président :

M. le Dr Gassot, membre du conseil de Direction du *Concours médical*, à Chevilly (Loiret).

Secrétaire du Comité :

M. le Dr Monin, rue du Luxembourg, 40.

Membres :

MM. Baronnet (Mantes).
Clochepin (Paris).
Porson (Nantes).
Moreau (Versailles).
Saint-Philippe (Bordeaux).
Wurtz, Senlis (Oise).
Sutils, La Chapelle-la-Reine (S.-et-M).
Millet, Crépy-en-Valois (Oise).
Bardy (Belfort).
Chachereau (Nantes).
Ducosté, Brionne (Eure).
Ordonneau, Mouilleron (Vendée).

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS
Siège social : Paris, 22, place Saint-Georges

STATUTS

CHAPITRE Ier.

Institution et administration.

Art. 1er. — Il est institué à Paris une Caisse des Pensions de Retraite pour les docteurs-médecins et officiers de santé de nationalité française légalement autorisés à exercer leur profession en France.

Le siège social de cette institution est à Paris, place Saint-Georges, n° 22.

Art. 2. — Pour être admis à participer à la Caisse de Retraite, il faut être présenté par deux membres adhérents, fournir la preuve qu'on appartient au Corps médical du pays, et prendre un engagement conforme au modèle ci-dessous.

Les étudiants en médecine régulièrement inscrits dans une des Facultés de l'Etat,

Et les femmes des médecins faisant partie de l'institution,

Sont assimilés aux médecins et peuvent être admis aux mêmes conditions pour jouir des mêmes droits et des mêmes avantages.

L'admission définitive des adhérents est prononcée par le Comité Directeur.

Art. 3. — La Caisse est gérée par un Comité Directeur sous la surveillance d'un Conseil de Censeurs. Le mandat des membres de ces deux Collèges est gratuit ; il ne leur sera alloué que des indemnités de voyage et des frais de bureau.

Art. 4. — Le Comité Directeur est composé de sept membres, tous participants :

Un Président ; un Vice-Président ; Un Secrétaire général ; un Secrétaire ; deux Contrôleurs.

Le Comité Directeur représente la Société vis-à-vis des tiers. En cas de besoin il peut déléguer tel pouvoir ou telle fonction qu'il sera nécessaire pour les intérêts de l'Œuvre à l'un de ses membres ou à l'un des Censeurs, ou même à un adhérent ; mais, dans ce dernier cas, le choix devra être ratifié par le Conseil des Censeurs.

Les membres du Comité sont nommés par l'Assemblée générale des participants et à la majorité absolue des suffrages pour le terme de cinq ans. Ils sont toujours rééligibles.

Ils s'assemblent selon les nécessités, mais au moins une fois par semestre, et peuvent délibérer au nombre de quatre membres après convocation régulière de tout le Comité.

Nul ne peut être élu membre du Comité Directeur s'il ne jouit de ses droits civils et civiques.

Sera réputé démissionnaire du Comité tout membre de ce Collège qui, sans motif valable, aura manqué à trois séances consécutives.

Les procès-verbaux du Comité Directeur sont transcrits sur un registre spécial et signés par le Président et le Secrétaire.

Le Président du Comité Directeur adresse à l'autorité compétente, à la fin de chaque exercice, le compte rendu moral et financier de la Société, et il fait connaître les changements qui peuvent se produire dans la composition du Bureau.

Art. 5. — Le Conseil des Censeurs est composé de dix-huit membres, tous participants, dont neuf au moins pour les départements.

Il choisit dans son sein un Président, un Vice-président et un Secrétaire.

Les Censeurs sont nommés par l'Assemblée générale des participants, à la majorité absolue des suffrages pour le terme de six ans. Le renouvellement s'opère tous les deux ans, par tiers. Les membres sortants ne sont pas immédiatement rééligibles. Le renouvellement par tiers du premier Conseil sera déterminé par un tirage au sort.

En cas de décès ou de démission d'un Censeur, il est pourvu à son remplacement dans la prochaine Assemblée générale des participants, mais le membre nommé achève seulement le temps du Censeur décédé ou démissionnaire.

Le Conseil des Censeurs se réunit au moins une fois l'an. Il peut être convoqué plus souvent par son Président assisté du Secrétaire, ou par le Comité Directeur. Il a pour principale attribution de surveiller la gestion du Comité Directeur ; à cet effet, il peut demander, à un moment quelconque, un exposé de la situation financière de la Caisse et doit présenter à l'Assemblée générale un rapport sur cette gestion.

Il peut délibérer au nombre de sept membres. Les résolutions sont prises à la majorité absolue des suffrages. Dans toutes les réunions de ces Assemblées, en cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

Les procès-verbaux des séances du Conseil des Censeurs sont transcrits sur un registre spécial et signés par le Président et le Secrétaire.

Art. 6. — Le Comité Directeur et le Conseil

des Censeurs forment le Conseil général de l'Œuvre. Le Conseil général se réunit au moins une fois par an sur la convocation du Président du Comité Directeur, ce Comité faisant fonction de Bureau du Conseil général.

Le Conseil général statue sur toutes les contestations en matière de pensions, de cotisations, etc. ; sur les cas d'exclusion et en général sur toutes les questions personnelles qu'il y aurait inconvénient à soumettre à l'Assemblée générale.

Pour que le Conseil général puisse délibérer, il faut au moins la présence de dix membres. Les décisions sont prises à la majorité absolue des suffrages ; en cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

Les décisions du Conseil général sont actées immédiatement et signées par les deux Présidents et les deux Secrétaires.

Les adhérents s'obligent à recourir à l'arbitrage du Conseil général avant de s'adresser à toute autre juridiction.

Art. 7. — Une Assemblée générale des participants a lieu chaque année à Paris ; elle est provoquée et présidée par le Comité Directeur.

Pour des causes graves et urgentes le Comité Directeur pourra convoquer une Assemblée générale extraordinaire.

D'une façon générale, toutes les convocations doivent être adressées aux intéressés dix jours au moins avant la date de la réunion qui en fait l'objet.

L'Assemblée générale nomme les membres du Comité Directeur et les Censeurs ; elle entend les rapports annuels des Secrétaires du Comité Directeur et du Conseil des Censeurs ; elle reçoit communication du rapport annuel du Trésorier et décide d'une façon souveraine toutes les questions non prévues par les Statuts.

Les adhérents qui se trouvent empêchés d'assister à la réunion ayant pour but de nommer le Comité Directeur et les Censeurs pourront prendre part au vote en adressant sous pli cacheté leur bulletin au Président de la réunion.

Les décisions de l'Assemblée générale sont obligatoires pour tous les adhérents ; elles sont prises à la simple majorité des membres votants, sauf en cas de modifications aux Statuts. Celles-ci doivent, après avoir figuré à l'ordre du jour, rallier les suffrages des trois quarts au moins des membres présents. Dans aucun cas, ces modifications ne pourront porter atteinte aux principes fondamentaux de la Caisse.

Aucune motion ne sera mise à l'ordre du jour ou discutée, si elle n'a pas été formulée par écrit, signée par dix adhérents et communiquée au Président et au Secrétaire du Comité Directeur un mois au moins avant l'Assemblée générale.

Les discussions religieuses et politiques sont formellement interdites dans les réunions du Bureau et les Assemblées générales.

Les modifications qui seraient apportées aux présents Statuts devront, avant leur mise en vigueur, être soumises à l'autorisation de M. le Ministre de l'Intérieur.

CHAPITRE II.

Participation et Cotisations.

Art. 8. — Les participants à la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français payeront annuellement des cotisations indiquées par les tableaux ci-dessous suivant le mode de versement qu'ils choisiront à leur entrée dans l'Association.

Les âges portés sur ces tableaux sont comptés au 1er janvier de l'année courante. La retraite est donc acquise le 1er janvier qui suit l'accomplissement de la soixantième année et dès ce moment le sociétaire n'a plus aucune cotisation à verser.

Les cotisations des tableaux A et B donnent droit à la retraite totale type, mais il est permis aux adhérents de verser 1/2, 1, 1 1/2, 2, 3, 4 fois la cotisation ; ils auront alors droit à 1/2, 1, 1 1/2, 2, 3, 4 fois la retraite type.

De même les adhérents qui choisiront le tarif C pourront verser 50, 100, 150, 200, 250 fr., etc., par an pour obtenir 1/2, 1, 1 1/2, 2, 2 1/2, etc., fois la retraite proportionnelle indiquée par ce tarif, sans pouvoir dépasser toutefois le quadruple de la retraite type.

Tout adhérent peut, à un moment quelconque de sa participation à l'Œuvre, passer de l'une à l'autre de ces combinaisons. Sa pension sera calculée d'après le capital total qu'il aura acquis par la capitalisation à 4 % de ses versements successifs, jusqu'au moment de son entrée en jouissance de la retraite.

TABLEAU A

Prime annuelle à verser pour jouir de la retraite à soixante ans d'âge (entrée au-dessous de cinquante ans) ou après dix ans de participation (entrée après cinquante ans).

AGE d'entrée	PRIME	AGE de retraite	AGE d'entrée	PRIME	AGE de retraite
	Fr.			Fr.	
20	77	60	43	311	60
21	81	60	44	337	60
22	85	60	45	368	60
23	90	60	46	402	60
24	95	60	47	442	60
25	100	60	48	490	60
26	105	60	49	546	60
27	111	60	50	614	60
28	117	60	51	588	61
29	124	60	52	560	62
30	131	60	53	535	63
31	139	60	54	510	64
32	147	60	55	484	65
33	15[illegible]	60	56	460	66
34	166	60	57	438	67
35	177	60	58	413	68
36	188	60	59	391	69
37	201	60	60	373	70
38	215	60	61	352	71
39	230	60	62	334	72
40	247	60	63	316	73
41	265	60	64	298	74
42	287	60	65	280	75

TABLEAU B

Arrérage à payer pour jouir de la retraite à soixante ans d'âge (entrée au-dessous de cinquante ans) ou après dix ans de participation (entrée après cinquante ans) en ne versant plus qu'une annuité de cent francs.

AGE d'entrée	ARRÉRAGE	AGE de retraite	AGE d'entrée	ARRÉRAGE	AGE de retraite
	Fr.			Fr.	
26	104	60	46	3325	60
27	212	60	47	3562	60
28	325	60	48	3808	60
29	442	60	49	4065	60
30	563	60	50	4331	60
31	690	60	51	4119	61
32	821	60	52	3882	62
33	958	60	53	3671	63
34	1100	60	54	3460	64
35	1249	60	55	3240	65
36	1402	60	56	3038	66
37	1563	60	57	2852	67
38	1729	60	58	2641	68
39	1902	60	59	2456	69
40	2082	60	60	2304	70
41	2270	60	61	2126	71
42	2464	60	62	1975	72
43	2667	60	63	1823	73
44	2878	60	64	1671	74
45	3097	60	65	1519	75

TABLEAU C

Proportion de la retraite exprimée en millièmes obtenue à soixante ans (entrée au-dessous de cinquante ans) ou après dix ans de participation (entrée après cinquante ans) par les adhérents n'ayant versé, quel que soit leur âge d'entrée dans l'Œuvre, que l'annuité type de cent francs.

AGE d'entrée	MILLIÈMES de la retraite totale	VALEUR réelle la retraite type étant 1,200 fr.	AGE de la retraite	AGE d'entrée	MILLIÈMES de la retraite totale	VALEUR réelle la retraite type étant 1,200 fr.	AGE de la retraite
26	952	1142	60	46	248	297	60
27	901	1081	60	47	226	271	60
28	854	1024	60	48	204	244	60
29	806	967	60	49	183	219	60
30	763	915	60	50	163	195	60
31	720	864	60	51	170	204	61
32	680	816	60	52	178	213	62
33	641	769	60	53	187	224	63
34	602	722	60	54	196	235	64
35	565	678	60	55	207	248	65
36	531	637	60	56	217	260	66
37	497	596	60	57	228	274	67
38	464	558	60	58	242	290	68
39	435	520	60	59	255	306	69
40	404	485	60	60	268	322	70
41	377	452	60	61	284	340	71
42	348	418	60	62	299	359	72
43	321	385	60	63	316	379	73
44	296	355	60	64	335	402	74
45	271	325	60	65	357	428	75

Les cotisations sont exigibles le 1er mars de chaque année ; elles devront arriver *franco* au Trésorier, qui pourra les faire recouvrer par la poste à partir de cette date aux frais des retardataires.

Les adhérents qui en feront la demande au Trésorier pourront se libérer en deux paiements, l'un au 1er mars, l'autre au 1er septembre.

Art. 9. — En cas d'interruption dans le versement de la cotisation, il n'y a pas déchéance pour le participant. Toutefois sa pension ne pourra, dans aucun cas, être liquidée s'il n'a pas versé au moins dix annuités.

Si le participant a versé au moins dix annuités au moment où il atteint soixante ans, le Comité Directeur aura mission de calculer la retraite proportionnelle à laquelle ces versements lui donneront droit. Le Comité Directeur sera chargé, en outre, si le participant en fait la demande, d'établir l'arrérage ou la nouvelle annuité qu'il aura à payer jusqu'à un âge déterminé pour récupérer la retraite totale.

Mais il faudra toujours pour arriver à la retraite, soixante ans d'âge et dix années au moins de participation effective, c'est-à-dire avec versement régulier de la cotisation.

Sera considéré comme interruption le non paiement d'une annuité. Un simple retard de moins d'un an entraînera pour le retardataire l'obligation de payer à la caisse l'intérêt du montant de sa cotisation calculé au taux de 5 %.

CHAPITRE III

Comptabilité et contrôle.

Art. 11. — Les fonds et les valeurs appartenant à la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français seront déposés à la Banque de France.

Art. 12. — Le Trésorier devra verser à la caisse de la Banque de France tous les fonds qu'il recevra dans les huit jours qui suivront leur réception. Les mouvements de ces fonds seront établis par le carnet spécial que la Banque de France délivre à ses dépositaires.

Art. 13.— Le Trésorier ne devra laisser en compte courant, libre et sans emploi, que la somme nécessaire aux besoins du service courant. Les autres sommes devront être immédiatement placées en valeurs françaises de tout repos telles que fonds d'Etat français, obligations garanties par l'Etat, obligations foncières à lots, emprunts de villes françaises.

Les ordres d'achat ou de vente de ces valeurs seront donnés au moyen de bulletins tirés de livres à souches particuliers, revêtus, ainsi que les talons, des signatures du Trésorier et de deux membres du Comité délégués à cet effet par le Comité lui-même, et portant mention de la date et du chiffre des valeurs à vendre ou à acheter.

Les valeurs seront déposées à la Banque de France. Le retrait de ces valeurs ne pourra s'effectuer qu'après une délibération spéciale du Comité Directeur et sur le reçu du Trésorier et des deux membres du Comité délégués auprès de lui.

Art. 14. — A chaque réunion du Comité Directeur le Trésorier fournit un état de l'avoir social vérifié et contresigné par les deux délégués.

Art. 15. — Le Comité Directeur fixe seul l'emploi des fonds disponibles et décide tous ordres d'achat de vente ou de paiement.

Art. 16.— Le Trésorier pourra être autorisé à

garder libre et sans emploi la somme jugée nécessaire par le Comité pour subvenir aux dépenses courantes, telles que indemnités de voyage, frais de bureau, correspondance, menus comptes, etc.

CHAPITRE IV.

Retraites.

Art. 17. — Le service de la caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français ne fonctionne pas pendant les dix premières années. Les sommes versées à la Caisse pendant cette période constitueront un capital inaliénable.

Par la suite, le capital inaliénable sera augmenté tous les ans de 15 %, de toutes les recettes ordinaires de la Caisse et de tous les dons manuels, abandons de pensions, etc., ayant reçu des donateurs cette destination spéciale.

Art. 18. — Le droit à la retraite ne s'ouvre pour chaque adhérent qu'après soixante ans d'âge et dix ans de participation pendant lesquels il aura régulièrement versé ses cotisations.

Art. 19. — A dater de 1894, les adhérents, qui, après trois ans au moins de participation, tomberont dans l'incapacité absolue et permanente de continuer l'exercice de leur profession, pourront sur leur demande justifiée et après avis favorable du Comité Directeur, se voir attribuer annuellement par l'Assemblée générale une pension dont le titre ne pourra excéder celui de la pension totale type ou de la retraite souscrite.

Art. 20. — Les femmes des adhérents faisant partie elles-mêmes de l'Association pourront, à la mort de leur mari, demander la liquidation de leur propre pension qui sera réglée proportionnellement au chiffre pour lequel elles auront souscrit; au prorata du capital acquis par leurs versements effectués et d'après la vie moyenne à leur âge suivant la table de Deparcieux.

Le tableau D, qui suit, établit le chiffre proportionnel de cette pension pour les cas où la retraite totale type serait acquise à l'âge de soixante ans.

TABLEAU D

Proportion, exprimée en millièmes, de la pension qu'elle aurait acquise à soixante ans d'âge, qui sera servie à la veuve d'après l'époque du veuvage.

AGE de la veuve.	PROPORTION pour 1,000 de pension totale	AGE de la veuve.	PROPORTION pour 1,000 de pension totale	AGE de la veuve	PROPORTION pour 1,000 de pension totale
21	360	34	452	47	635
22	364	35	461	48	655
23	370	36	471	49	675
24	377	37	482	50	697
25	383	38	492	51	721
26	390	39	505	52	746
27	398	40	518	53	770
28	403	41	532	54	799
29	411	42	546	55	826
30	418	43	563	56	855
31	426	44	580	57	890
32	435	45	596	58	924
33	443	46	615	59	960

Art. 21. — Si l'un des deux cas prévus par les art. 19 et 20 se présente pendant les dix premières années d'existence de la Société, la Caisse remboursera au participant ou à la veuve participante la totalité de ses versements avec intérêts composés calculés au taux de 4 %.

Art. 22. — La Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français sert des pensions viagères et annuelles qui sont établies sur les bases suivantes :

A partir de 1894, les recettes ordinaires indiquées dans le bilan du 31 décembre précédent, déduction faite des retenues prévues par les articles 16 et 40 et des frais d'administration seront partagées chaque année entre les ayants-droit à la pension.

Les recettes ordinaires sont constituées par le total des cotisations de l'année, leurs intérêts, et les intérêts du capital inaliénable.

Art. 23. — La pension ne pourra, pour le moment, dépasser le chiffre maximum de 1.200 fr.

Si la portion disponible des recettes ordinaires est plus que suffisante pour porter la pension à ce chiffre, l'excédent sera divisé en trois parts égales.

L'une ira grossir le capital inaliénable.

La seconde sera réservée pour, en cas de besoin les années suivantes, parfaire le chiffre des pensions. La réserve ainsi constituée ne pourra pas dépasser 50,000 fr., au-dessus de ce chiffre le surplus sera attribué au capital inaliénable.

Enfin la troisième sera affectée au service de la Caisse auxiliaire dont il sera parlé plus loin.

Art. 24. — Le droit à la pension est vérifié par le Comité Directeur et confirmé par le Conseil général.

Art. 25. — Le chiffre de la retraite est calculé, chaque année, par le Comité Directeur, d'après le chiffre des recettes et le nombre des ayants-droit; il est approuvé par le Conseil général.

Art. 26. — La retraite sera servie dès le lendemain de la tenue de l'Assemblée générale annuelle statutaire, au pensionnaire lui-même, ou lui sera adressée, à ses frais, après présentation d'un certificat de vie au 1er janvier de l'année courante.

CHAPITRE V.

Dispositions générales.

Art. 27. — La durée de la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français est illimitée. Le Comité Directeur fera toutes les diligences nécessaires pour la faire reconnaître d'utilité publique.

Il s'efforcera d'obtenir que les retraites soient au moins en partie incessibles et insaisissables.

Art. 28. — Toute personne qui aura fait à l'Œuvre des dons manuels ou générosités quelconques sera inscrite avec le titre de Bienfaiteur sur une liste qui sera publiée annuellement.

Art. 29. — En cas de dissolution, la liquidation s'opérera d'après les règles du droit commun, à moins toutefois qu'une Assemblée générale, spécialement convoquée à cet effet, n'en décide autrement.

CHAPITRE VI.

Caisse auxiliaire.

Art. 30. — Une Caisse spéciale sera annexée à la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français. Elle sera alimentée par une retenue de 1 % sur les recettes ordinaires de la

Caisse et par les ressources propres qui pourront lui être créées ultérieurement, en particulier par un droit d'entrée fixe imposé aux nouveaux adhérents suivant l'âge et la prospérité de l'Œuvre. Elle recevra en outre d'une façon générale toutes les recettes extraordinaires telles que dons manuels sans destination spéciale, abandons de pensions, etc.

Art. 31. — La Caisse auxiliaire aura pour objet de faire face aux diverses nécessités qui pourraient se présenter et auxquelles ne peut parer la Caisse de Retraite.

Elle servira en particulier les pensions accordées en vertu de l'article 19 et viendra en aide aux veuves et aux orphelins des participants.

Elle sera administrée exclusivement par le Comité Directeur qui devra rendre compte au Conseil des Censeurs et à l'Assemblée générale, de l'emploi de ses fonds.

19 octobre 1884.

Le Président, DUJARDIN-BEAUMETZ. *Le Secrétaire général,* L. LANDE.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DU 24 AVRIL 1892

Le dimanche 24 avril, à cinq heures du soir, a eu lieu au siège social, 22, place Saint-Georges, à Paris, l'Assemblée générale de la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français sous la présidence de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, Président.

Après lecture, le procès-verbal de l'Assemblée générale de 1891 a été adopté à l'unanimité, sans discussion.

M. de Ranse, Président du Comité des Censeurs, a donné connaissance à la réunion du travail de vérification des comptes du Trésorier, M. Verdalle, auquel, sur la proposition du Comité des Censeurs, l'Assemblée a voté d'unanimes remerciements et de chaleureuses félicitations pour sa gestion si dévouée et si sage de l'important patrimoine de la Société.

MM. Delefosse, Secrétaire général, et Verdalle, Trésorier, lisent ensuite leurs rapports, accueillis tous les deux avec la plus vive satisfaction, car ils témoignent de la marche sans cesse florissante de la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français.

Après eux, M. Lande, Vice-Président, donne lecture d'une note rédigée à la demande du Comité-Directeur et destinée à faire ressortir la modération des prévisions formulées au moment de la fondation de la Caisse et la sécurité toujours croissante de la Société.

Compte rendu de M. Delefosse, Secrétaire général.

MESSIEURS ET CHERS COLLÈGUES,

Depuis notre dernière réunion, l'enregistrement de nouvelles adhésions a été l'acte le plus important. D'après votre vote de 1891, les statuts de la Caisse doivent être adressés en 1892 à tous les médecins français ; c'est ce que votre Bureau s'empressera de faire dans le courant du mois prochain. Mais ces statuts, quoique très clairs, très complets, ne sont pas toujours compris de ceux auxquels ils sont adressés ; j'en ai pour preuve les nombreuses lettres que je reçois, lettres émanant de confrères demandant des explications et surtout lettres démontrant combien les questions d'assurances sont généralement peu connues du Corps médical.

Dans ces conditions, il m'a semblé utile de réunir en quelques pages, à la suite des statuts, les notions nécessaires pour bien faire comprendre les rouages de notre Association. Ces notions, je les ai puisées dans les notes de notre cher Vice-Président, le Dr Lande, notes qui accompagnent la première impression de nos statuts, dans les comptes rendus des Secrétaires généraux et enfin dans les réponses que j'ai faites à chaque demande particulière.

Je crois, Messieurs et chers Collègues, que la publication de nos statuts ainsi comprise, que leur envoi à tous les médecins français, qui exercent honorablement la profession, contribueront à amener à notre Caisse de nouveaux adhérents ; car c'est sur nous, sur notre activité, sur notre désir d'être utiles à la Société, sur notre propagande qu'il faut seulement compter. Sauf deux ou trois journaux, la presse médicale s'occupe bien peu de ces questions cependant si graves. Remercions-la néanmoins du peu qu'elle fait et préférons son silence et son indifférence à une hostilité qui, tout en étant de bonne foi, ne se base presque toujours que sur des données étudiées à la légère.

Ce qui a été publié depuis notre fondation vient à l'appui de cette opinion et je ne puis que répéter ce que disait le Dr Lande en 1885 : « Indépendamment de l'indifférence du plus grand nombre, nous avons à lutter contre les critiques injustes des uns et contre l'opposition systématique des autres ; nous ne devons pas nous arrêter à ces obstacles. »

Evidemment, c'est dans notre Société que *la propagande par le fait* donnera les meilleurs résultats ; quand les confrères verront un de nos adhérents toucher régulièrement ses 1,200 francs de rente, quand les médecins à la tête de nos grandes Associations charitables sentiront combien notre organisation peut leur ôter de bouches imprévoyantes à nourrir, alors tous comprendront l'utilité, j'ajouterai la nécessité de notre Caisse, et riches et pauvres, j'en ai la douce espérance, viendront s'inscrire dans nos rangs, les uns par bienveillance, les autres par prévoyance.

Je viens de prononcer le mot *nécessité* ; en effet, mes chers Collègues, cette Caisse est nécessaire ; d'abord, parce qu'elle remplit une lacune sociale ; s'assurer pour ses vieux jours une somme qui le mette à l'abri de la misère, de cette misère d'autant plus sinistre et épouvantable, qu'elle arrive à la fin de la vie, c'est le rêve de tout homme qui vit en société, même ayant une aisance personnelle. Parmi les magistrats, les militaires, les employés des grandes administrations, les membres des Sociétés philanthropiques, des Sociétés de secours mutuels, beaucoup ont en vue la retraite, beaucoup acceptent des émoluments souvent très modestes, parce qu'ils savent qu'il y a une retraite à un âge déterminé ; et il faut que cette préoccupation soit bien juste et bien vraie pour qu'elle existe dans tant de cerveaux différents.

Ensuite parce qu'il était indispensable que le médecin qui veut s'assurer, trouve dans une Caisse de Retraite spéciale des avantages qui lui permettent de faire une assurance que la cherté des primes lui défendait à une Compagnie ordinaire.

Cette idée générale de l'utilité de la création d'une Caisse de Retraite vous montre de suite qu'il n'y avait à étudier, dans le cas actuel, qu'une seule combinaison d'assurances, celle que les Compagnies désignent sous le nom de « *rentes viagères différées à long terme, sur une tête, moyennant un*

Perles du docteur CLERTAN

Procédé approuvé par l'Académie de médecine de Paris

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

a) **Perles de Créosote de Clertan.**— 0.05 cent. par perle. — Dose moy. : 4 par jour. Prix : **2** fr. le flac. de 30.
b) **Perles de Gaïacol de Clertan.** — 0.05 centigr. par perle. — Dose moy. : 4 par jour. Prix : **2** fr.
c) **Perles d'Iodoforme de Clertan.** — 0.05 centigr. par perle. — Dose moy. : 4 par jour. Prix : **3** fr. **50.**
d) **Perles de Terpinol de Clertan.**— 0.30 centigr. par perle.— Dose moy. : 4 par jour. Prix : **2** fr. le flac.
e) **Perles d'Eucalyptol de Clertan.** — 0.15 centigr. par perle. — Dose moy. : 5 à 20 par jour. Prix : **2** fr.
f) **Perles de Créosote iodoformée de Clertan.**—0.05 cent. de créosote et un cent. d'iodof. Prix : **2** f. **50.**
g) **Perles de Gaïacol iodoformé de Clertan.**— 0.05 c. de gaïacol alpha et un cent. d'iodof. Prix : **2** f. **50.**
h) **Perles de Créosote gaïacolée et iodoformée de Clertan.** — 0.05 centigr. de créosote, 0.05 centigr. de gaïacol, 0.01 centigr. d'iodoforme. Prix : **3** fr. **50.**

Maison L. FRERE, A. CHAMPIGNY & Cie, successeurs, 19 rue Jacob, PARIS.

Sels de Strontium exempts de Baryte

DE PARAF-JAVAL

Les seuls expérimentés dans les Hôpitaux de Paris
et qui ont été l'objet de communications favorables à l'Académie de Médecine et aux Sociétés Savantes.

BROMURE DE STRONTIUM DE PARAF-JAVAL

SOLUTION PRÉPARÉE PAR CHAPOTEAUT

Mieux toléré et plus actif que le Bromure de Potassium le ***Bromure de Strontium*** supprime les attaques d'hystérie, d'épilepsie, de chorée; sous son influence on voit cesser les renvois acides, les émanations de gaz provenant d'une digestion laborieuse; l'embonpoint diminue rapidement, ainsi que la dilatation de l'estomac; il n'occasionne pas d'éruptions bromiques.

LACTATE DE STRONTIUM DE PARAF-JAVAL

SOLUTION PRÉPARÉE PAR CHAPOTEAUT

Le ***Lactate de Strontium*** est indiqué dans la maladie de Bright, où il diminue notablement l'albumine, contre la dyspepsie, la dilatation de l'estomac, la pléthore abdominale, et dans certaines variétés de néphrites.

Ces **Solutions** contiennent **2 grammes** de **BROMURE** ou de **LACTATE** par cuillerée à bouche. — **Dose : 2 à 4 cuillerées par jour.**

DÉPOT : Pharmacie **VAUCHERET, 74,** Rue Rambuteau
VENTE EN GROS : 8, Rue Vivienne, PARIS

SIROP ET VIN de DUSART au Lacto-Phosphate de Chaux

Le procédé de dissolution du phosphate de chaux dans l'acide lactique, qui est l'acide du suc gastrique, est dû à M. DUSART ; le corps médical a constaté l'efficacité de cette combinaison dans tous les cas où la nutrition est en souffrance. Il est donc indiqué dans la phtisie, la grossesse, l'allaitement, le lymphatisme, le rachitisme et la scoliose, la dentition, la croissance, les convalescences. — SIROP — VIN — SOLUTION. 2 à 6 cuillerées à bouche avant le repas.

Dépôt : 113, Faubourg Saint-Honoré et toutes les Pharmacies.

LE QUINIUM ROY GRANULÉ

formé de l'extrait aqueux de quinquina uni au quinium (*extrait alcoolique à la chaux*), l'un contenant la partie tonique de l'écorce, l'autre tous les alcaloïdes, représente exactement la *poudre de quinquina calisaya*. Il lui équivaut poids pour poids, le sucre remplaçant les parties inutiles. Il est soluble dans l'eau, le vin, les tisanes, etc.

Pharmacie ROY, 81, boulevard Suchet, Paris et Pharmacies.

SOLUTION BOURGUIGNON

au CHLORHYDRO-PHOSPHATE de CHAUX pur et titré.

Croissance, Rachitisme, Anémies, Phtisie, Maladies des os, Cachexies, Dentition, etc.

LABOUREUR, Phien, 2, Boulevard Raspail, PARIS.

CORRESPONDANCE
(Suite)

tions que vous soulevez bien tard ; vous le reconnaîtrez. Vous deviez nous faire vos communications avant le vote de la loi et non maintenant.

Dr C., à N. (Loire-Infér.) — Nous ne voyons pas bien à quoi tend votre communication professionnelle sur les *syndicats* et les *sociétés de secours mutuels*. Vous oubliez que les médecins ne doivent pas plus à ces sociétés que tous les autres citoyens. Elles ne vivent que par les sacrifices des médecins ; par conséquent il faut que ces sacrifices soient absolument spontanés et non imposés. C'est à elles qu'incombe le soin de décharger leur service pharmaceutique, en obtenant des pharmacies coopératives, et non à nous. Votre lettre est envoyée au docteur Gassot qui l'utilisera pour la chronique professionnelle, selon son appréciation.

Dr M., à C. — Nous ne voyons rien en ce moment et nous inscrons un avis pour essayer de vous procurer ce que vous souhaitez.

Dr J., à M. (B.-du-Rhône). — Si vous ne recevez pas le *Bulletin des syndicats*, c'est parce que vous êtes lecteur du *Concours*, et y lisez, par portions, les matières du bulletin qui est adressé à tous les membres de votre syndicat qui **n'étant pas abonnés au Concours, doivent recevoir le bulletin.** Nous avons bien souvent expliqué ce simple mécanisme qui permet de publier le bulletin sans grever outre mesure le *budget de l'Union* à un très grand nombre d'exemplaires. Il n'y aurait lacune que dans le cas où un membre de votre syndicat, non membre du Concours, ne recevrait pas l'organe de l'*Union*.

Dr M., à H. (Calvados). — Vous pourrez faire au prochain dîner de l'Association les observations que contient votre lettre. En tout cas et si vous étiez empêché, nous en donnerions connaissance. Nous faisons des vœux pour le succès de la tentative que vous faites de concert avec le Dr B.

Dr M., à H. — Nous vous avons envoyé les imprimés que nous mettons à la disposition des organisateurs des syndicats. Les statuts qu'ils contiennent sont le résumé des statuts de tou-



tes les sociétés de ce genre et vous pouvez y introduire les modifications dictées par les exigences locales. Vous trouverez, dans vos collections du journal, des statuts de nombreux syndicats. Ils diffèrent peu les uns des autres. Prière de nous tenir au courant, selon votre promesse.

M. N., méd. à L. (Gironde). — Votre question est trop peu explicite pour qu'il nous soit permis de répondre avec assurance, sur des matières que d'ailleurs nous ne connaissons pas bien. Adressez-vous à un pharmacien qui vous renseignera ou au directeur de l'École de pharmacie qui vous fixera absolument.

Dr N., à L. R. (Charente). — Non, descendez plutôt à l'hôtel des membres du Concours, rue Casimir-Delavigne. La personne qui vous fait l'offre dont vous parlez ne peut recevoir que les pensionnaires pour un certain espace de temps.

Membres du Concours exerçant dans les stations thermales.

Bains (Vosges.)
Fommageot.
Bondonneau (Drôme).
Cazenave de la Roche.
Bourbon-Lancy.
Goëde.
Cauterets.
Duhourcau. — Miquel-Dalton. — Pedebidou. — Bordenave.
Capvern-les-Bains.
Claverie.
Enghien-les-Bains.
Callias.
Evian-les-Bains.
Rocque. — Cazy.
Gérardmer.
Greuelle.
La Bourboule.
Meneau. — Noir. — Veyrières.
Lamalou-l'Ancien.
Donadieu.
Mont-Dore.
Geay. — Tardieu.
Motte-les-Bains (Isère).
De Langenhagen.
Néris-les-Bains.
Morice. — Allot.
Pougues-les-Eaux.
Mignot.
Royat.
Puy-le-Blanc.
St-Honoré-les-Bains.
Marius Odin. — Comoy.
Salies de Béarn.
Vigneau.
Salins.
Compagnon.
St-Sauveur.
Sabail.
Ussat-les-Bains.
Cenac.
Vals.
Lagarde.
Vichy.
Aurillac. — Buffard. — Charmaux. — Therre. — Veillon.



prime unique et annuelle assurant une rente viagère à une époque déterminée. »

Les bases sur lesquelles cette Caisse a été créée ont été bien étudiées et élucidées par le Dr Lande.

1° *L'âge normal de la retraite est fixé à soixante ans.*

Cet âge a paru à quelques-uns de nos confrères trop élevé ; il y a bien peu de médecins qui arrivent à soixante ans, disent-ils ; il faudrait rabattre à cinquante ans.

Il est évident que l'âge de cinquante ans serait plus accessible ; mais, comme malheureusement notre Société est basée sur des chiffres, qu'il n'y a rien de brutal comme eux, il est facile de se rendre compte que porter la retraite à cinquante ans, c'est du même coup augmenter de beaucoup les primes à payer annuellement. Je cite des chiffres pris dans les tarifs des Compagnies.

Une personne de quarante ans veut avoir une rente viagère de 1,200 francs à soixante ans, elle paiera une prime annuelle de 358 fr. 20 ; la même rente viagère à cinquante ans, la forcera à payer une prime annuelle de 1,251 fr. 24 ; c'est à dire une différence annuelle de 893 fr. 04.

Quoique nos primes soient bien moins élevées que celles des Compagnies, vous voyez de suite combien peu de médecins pourraient profiter de notre Caisse. Quelques confrères nous ont demandé s'il ne serait pas possible d'avoir, comme dans l'armée, des retraites proportionnelles ou, comme dans les Compagnies d'assurances, un tarif répondant à tous les âges. C'est une question que le Bureau peut mettre à l'étude et envisager si vous le désirez ; mais il est impossible d'en discuter ici le pour et le contre.

2° *La participation minima sera de dix années.*

Cette base s'explique d'elle-même ; rien ne serait plus facile sans cela de s'assurer à cinquante-neuf ans, de verser le capital type 7,365 francs, et de toucher l'année suivante 1,200 francs de rente ; ce serait un très bon placement pour le confrère, mais la caisse serait vite à sec.

3° *Chiffre de la cotisation annuelle.*

Le chiffre de la cotisation annuelle ou prime a été établi sur ce point commun de comparaison : le capital constitué par chaque adhérent à son profit par l'accumulation à intérêts composés des diverses annuités versées par lui depuis son entrée dans l'OEuvre jusqu'à l'époque de l'obtention de sa retraite (le taux d'intérêt adopté étant de 4 0/0).

Dans le cas type, entrée à vingt-cinq ans, prime annuelle de 100 francs, retraite à soixante ans, le capital ainsi constitué s'élève à 7,365 francs pour une somme réellement versée de 3,500 francs.

Il a été admis que les adhérents, entrant à un âge autre que l'âge type, vingt-cinq ans, pourraient choisir trois modes différents de cotisation :

1° Verser tous les ans une cotisation telle que, quel que soit leur âge d'entrée, ils acquièrent jusqu'à soixante ans le capital type de 7,365 francs ;

2° Verser en une fois l'arrérage représentant le capital déjà acquis, au moment de leur entrée, par un adhérent de leur âge entré à vingt-cinq ans, pour continuer à verser comme celui-ci la cotisation type de 100 francs par an ;

3° Verser, quel que soit l'âge d'entrée, seulement la cotisation type de 100 francs par an, pour n'acquérir alors qu'un capital inférieur au capital type 7,365 francs et n'avoir droit qu'à une retraite qui soit à la retraite type 1,200 francs ce que ce capital est au capital type 7,365 francs.

Si l'âge type de la retraite, soixante ans, était seul admis, l'obligation de dix années de participation rendrait impossible, à partir de cinquante ans, la participation à la Caisse des Pensions. Il a été admis au contraire qu'on pourrait entrer dans l'OEuvre à tout âge et par conséquent obtenir la retraite à un autre âge que soixante ans, qui reste seulement l'âge minimum de l'obtention de la retraite.

Mais les adhérents qui n'arrivent à la pension qu'après soixante ans ont une survie moyenne d'autant moins considérable qu'ils sont plus âgés, il serait donc injuste de leur faire payer des cotisations correspondantes au capital type de 7,365 francs. Devant jouir moins longtemps de la retraite, il suffit qu'ils acquièrent un capital qui soit à ce capital type ce que leur survie moyenne est à la survie moyenne des gens âgés de soixante ans.

C'est en tenant compte de cette nouvelle donnée, qu'ont été calculés les annuités et les arrérages dus par les adhérents qui, entrant après cinquante ans, ne doivent arriver à la retraite qu'à soixante-cinq, soixante-dix ou soixante-quinze ans. Les calculs n'ont pas été poussés au delà, par la raison bien simple que la survie moyenne, après soixante-cinq ans étant moindre de dix ans, il n'y a plus intérêt à participer à une œuvre qui, exigeant dix ans de participation effective, ne laisse plus grandes chances de jouir utilement des avantages qu'elle promet.

Ces bases étant bien établies, voyons maintenant quels sont les avantages que la Caisse offre aux médecins, vis-à-vis des autres Compagnies.

1° D'abord *la prime est moins élevée.*

Je reprends l'exemple de tout à l'heure :

A quarante ans, dans une Compagnie, la personne qui veut s'assurer une rente viagère de 1,200 francs à soixante ans paiera une prime annuelle de 358 fr. 20. Chez nous, elle paie 247 francs, soit une diminution de 111 francs ; ce qui au bout de vingt ans fait un capital d'économie de 2,220 francs, sans compter les intérêts accumulés.

2° *Le médecin peut suspendre ses paiements sans pour cela être rayé des participants.*

Personne n'ignore qu'un des gros bénéfices des Compagnies consiste dans la perte d'une partie de l'argent versé par l'assuré, quand ce dernier ne peut continuer le versement des primes. A la Caisse médicale, il n'en est pas de même. Si un participant se voit dans l'obligation de retarder un paiement annuel, il lui suffira de le rembourser, quand il pourra, à un intérêt de 5 %. Il peut rester plusieurs années sans payer tout en continuant de faire partie de la Société, quoique les années non payées ne soient pas comptées comme temps de participation ; on ne lui demande qu'une chose pour liquider sa retraite, c'est qu'il ait fait à la Caisse au moins dix versements annuels. Si ces dix versements constituent à son avoir au moment de la liquidation une somme inférieure à 7,365 francs, il touche une retraite proportionnelle. Mais si, pendant ses dix années de cotisation, il a versé des arrérages et reconstitué le capital type de 7,365 francs, il touche la retraite type de 1,200 francs.

3° Je ferai observer qu'il existe un point capital qui différencie les deux Sociétés. La Compagnie ne reconnaît pas les suspensions de paiement des primes et ne s'occupe pas des causes de cette suppression ; chez nous, il n'en est pas de même ; un confrère tombe-t-il dans l'incapacité absolue et permanente de continuer l'exercice de la profession ? sur sa demande justifiée, le Comité-Directeur pourra lui attribuer immédiatement une pension. Cette pension ne sera, dans aucun cas, supérieure à la pension primitivement souscrite par l'adhérent et elle ne pourra pas non plus excéder 1,200 francs, chiffre de la retraite totale type.

Je terminerai ce travail en répondant aux deux objections suivantes qui ont été souvent formulées contre les statuts de la Caisse :

I. — La perte de tous les versements faits si le membre participant meurt avant l'âge de la retraite acquise.

Il suffit de réfléchir quelques instants pour se rendre compte de l'impossibilité de faire autrement. Comme nous n'avons ni local à payer, ni dividende à distribuer, ni jetons de présence à donner aux administrateurs, c'est-à-dire, comme nous n'avons que des frais généraux insignifiants, il nous est facile de ne demander que des primes annuelles peu élevées et de donner 1,200 francs de rentes pour un capital constitué de 7,365 francs ; cependant, pour verser 1,200 francs sur un capital qui à

4 % ne donne pas 300 francs de rentes, il faut évidemment se baser sur des recettes spéciales ; ces recettes ne peuvent se trouver que dans notre combinaison. Mais, en dehors de la satisfaction que peut avoir chaque adhérent de penser que l'argent qu'il laisse à son décès ira à des confrères, il est un moyen de tourner la situation très facile et peu dispendieux. Le confrère qui s'assure à la Caisse peut en même temps s'assurer à une Compagnie pour une somme de 7,000 francs payable à son décès à ses héritiers ; c'est une dépense très minime qui le met à l'abri des pertes. D'ailleurs, cette disposition de la perte, en cas de décès, des primes versées, existe dans toutes les caisses de retraite.

En résumé, l'adhérent à la Caisse des Pensions :

1° Constitue, dans une période de temps qui varie de dix à trente-cinq ans, un capital de 7,365 francs pour avoir une rente de 1,200 francs à soixante ans ;

2° S'il vit de soixante à soixante-six ans, il aura recouvré par les rentes viagères tout ce capital, c'est-à-dire plus qu'il n'a versé en primes et il importe d'observer que la vie moyenne est de quatorze ans à soixante ans et que par conséquent les adhérents dépassant soixante ans toucheront en moyenne deux fois et demie leur capital ;

3° Une simple assurance sur la vie de 7,000 francs met ses héritiers à l'abri de toute perte d'argent s'il meurt avant soixante ans.

II. — Je passe à la deuxième objection. La veuve ou les orphelins n'ont rien de la somme versée, au décès de l'adhérent ; les mêmes considérations que j'ai formulées plus haut répondent à ce desideratum ; il faudrait des primes plus élevées pour rendre la somme réversible ; mais l'adhérent peut pallier cet inconvénient : 1° en contractant l'assurance sur la vie indiquée ; 2° en assurant sa femme à notre Caisse ; 3° sa veuve s'adressant à la Caisse annexe.

Maintenant ces statuts dont je viens d'étudier avec vous les différentes combinaisons sont-ils immuables, peuvent-ils être modifiés dans certains détails ? Évidemment oui ; tout est perfectible. S'il est bien entendu que les bases fondamentales doivent être laissées intactes, il existe certaines combinaisons que les adhérents peuvent signaler ; ces desiderata seront étudiés avec le plus grand soin et s'il y a possibilité de les réaliser sans porter atteinte aux statuts établis, votre Bureau ne reculera pas devant leur adoption, car il n'a qu'un but comme vous, la prospérité de la Caisse des Pensions de Retraite.

Messieurs et chers Collègues :

Permettez-moi maintenant de vous lire quelques lettres qui vous prouveront combien les médecins sont peu au courant de ces questions d'assurances et en même temps combien nos statuts se prêtent à différentes combinaisons.

Un médecin de trente ans propose de verser chaque année une prime double pour avoir la retraite à quarante-cinq ans. J'ai dû lui répondre que pour avoir cette retraite à quarante-cinq ans, ce n'est pas une prime double, mais une prime sextuple qu'il aurait à verser si cela était dans nos statuts.

Un autre suspend ses paiements pendant plusieurs années (4 ans) pour lui et sa femme, préférant s'acquitter en bloc du retard, dans des temps meilleurs. C'est un avantage considérable que lui donne la Caisse et qui n'existe pas dans les Compagnies d'assurances, mais il ne faut pas oublier que ces années d'interruption ne comptent pas pour la retraite, c'est-à-dire que si, par exemple, l'adhérent entrait dans la Société à cinquante ans et demandait quatre ans de suspension, la retraite ne pourrait lui être liquidée qu'à soixante-quatre ans ; sans cela les dix ans de participation n'existeraient pas. Mais l'adhérent n'en reste pas moins sociétaire et rien des primes versées antérieurement n'est perdu pour lui.

Un médecin, en envoyant son adhésion, me demande s'il est vrai que la rente de 1,200 francs pourrait ne pas être intégralement payée ; dans ce cas, la porte serait ouverte à tous les aléas ; on pourrait ne donner que 100 francs de rentes. Nous pouvons affirmer que nos tarifs sont calculés de façon à écarter toute incertitude à ce sujet. Nos primes seront intégralement payées et le Dr Lande va vous lire une note qui vous démontrera péremptoirement que nous pourrons largement tenir nos promesses tout en accumulant des réserves considérables.

Un confrère me fait la demande suivante : « Quelle somme aurait à verser un médecin voulant avoir une pension de 600 fr. à soixante ans et âgé aujourd'hui de cinquante-quatre ans ? J'entends que cette somme serait versée en une seule fois et non par annuités. » J'ai répondu que le cas n'était pas possible ; il faut dix ans de participation et l'adhérent n'en aurait que six. Nos statuts sont formels, il faut dix ans de participation pour acquérir le droit à une pension. Nous sommes une Caisse de Retraite et non une Société de rentes viagères.

Je lis dans une autre lettre : « En consultant les tarifs des Compagnies d'assurances, j'ai pu voir que la somme demandée par elles pour une pension viagère de même valeur était environ le double de l'annuité que vous me signalez. Quels sont donc les rouages économiques qui permettent à la Caisse médicale de faire une pareille réduction ? Et n'y a-t-il pas à craindre que la Caisse, demandant à ses adhérents une somme insuffisante, ne puisse pas tenir ses engagements ? » Ce que je vous ai indiqué dans le cours du travail a été ma réponse ; elle est bien simple : nous n'avons pas de frais généraux, pas de dividendes à distribuer, pas d'administrateurs à payer ; et vous verrez par le rapport du Dr Verdalle, que les frais de bureau ne s'élèvent pour l'exercice actuel qu'à la somme de... 4 francs ?

Enfin, je terminerai pas cette lettre d'un confrère, lettre qui résume tout ce compte rendu, explique la portée et l'utilité de notre Caisse : « Je suis arrivé à cet âge où un modeste médecin de campagne doit s'occuper de son avenir, étant donné qu'il vit suffisamment de son état, mais qu'il ne gagne pas assez d'argent pour pouvoir, par des placements bien entendus, répondre de l'avenir, si les infirmités ou une vieillesse prématurée l'obligent à s'arrêter. J'ai bien la ressource des assurances sur la vie à une Compagnie quelconque, mais je trouve plus digne une association qui existe spécialement entre médecins. Si on ne profite pas pour une raison quelconque de son association, les confrères en profitent, cela ne sort pas de la grande Famille médicale. » Je m'arrête sur ces quelques lignes pleines de cœur d'un médecin de campagne.

—

Rapport de M. Verdalle, Trésorier.

MESSIEURS ET TRÈS HONORÉS COLLÈGUES,

Comme d'habitude, votre Trésorier commencera son rapport par la partie la plus intéressante : le total. Il est aujourd'hui (24 avril) de... F. 371.787 12

L'année dernière, au 5 avril, il était de 302.206 94

Le chiffre des encaissements est donc, pour cet exercice, de.... ....F. 69.580 18

Ce total se décompose ainsi :

Encaissements de 1891-92 :

Cotisations....................	56.485 95	
Intérêts des valeurs..........	11.916 75	
Amortissement des valeurs..	999 55	
Profits et pertes..............	177 93	69.580 18

La Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français que nous avons l'honneur de diriger est dans sa neuvième année d'existence. Au 31 décembre prochain, cette neuvième année sera terminée. L'avoir sera d'environ 400,000 francs et, le 1er janvier 1894, lorsque la Caisse commencera son fonctionnement, au début de sa onzième année, elle aura un capital inaliénable de réserve de 450,000 à 500,000 francs. C'est toujours ce que nous avions prévu.

Le tableau suivant donne la situation de la Caisse depuis ses débuts, année par année. Vous pourrez y suivre facilement, Messieurs, son développement continu et progressif :

ANNÉES	COTISATIONS	INTÉRÊT DES VALEURS	DIVERS	ENCAISSEMENT	TOTAL des ENCAISSEMENTS
1884	20.541 »	207 60	1.201 25	21.949 85	21.949 85
1885	37.646 20	1.200 50	807 28	39.653 98	61.603 83
1886	34.667 »	3.306 75	656 66	38.630 41	100.234 24
1887	34.941 40	4.326 55	239 41	39.507 36	139.741 60
1888	33.092 »	5.762 65	931 60	39.786 25	179.527 85
1889	32.354 90	6.925 40	26 60	39.306 90	218.834 75
1890	43.085 25	8.084 40	227 74	51.397 39	270.232 14
1891	51.318 60	9.763 40	1.276 58	62.358 58	332.580 72
1892 { 5 avril	33.840 95	5.340 90	24 55	64.000 »	396.000 »
1892 { 31 déc. (approx.)	10.000 »	6.000 »			

Nous allons, si vous le voulez bien, Messieurs, étudier ensemble ces divers chiffres.

Le total des cotisations augmente chaque année dans d'assez notables proportions ; mais le chiffre en est, cela va de soi, très variable ; car nous avons le plaisir d'enregistrer tous les ans des adhésions nouvelles ; mais aussi, par contre, des démissions et des morts, heureusement rares, viennent diminuer le nombre de nos cotisants.

Cette année, par exemple, nous avons 14 adhérents nouveaux :

6 ont choisi le tarif B (arrérage) et ont versé de ce chef une somme de.....F.	13.657 50
7, le tarif A	1.138 »
1, le tarif C	100 »
	14.895 50

D'autre part, nous avons eu le malheur de perdre MM. Maurel (de Paris) et Campan (de Rodez), qui versaient l'un et l'autre une cotisation de 100 francs, et, du même coup, Mme veuve Campan, adhérente pour une cotisation de 460 francs, a demandé la liquidation de sa pension.

J'ajoute, Messieurs, que le Comité-Directeur a fait droit à cette demande et Mme veuve Campan, ayant effectué huit versements, touchera, à partir du 1er janvier 1894, une retraite de 960 francs, soit les huit dixièmes de la retraite type.

Voilà donc notre première retraite fixée. Le malheur veut que ce soit la mort d'un collègue qui nous y oblige, et vous vous associerez à votre Trésorier, en envoyant à Mme veuve Campan nos plus sincères condoléances.

Mais la situation que s'était faite dans notre Caisse M. le Dr Campan vaut la peine qu'on s'y arrête quelques instants. Puisse son exemple être suivi par d'autres. M. le Dr Campan, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Rodez, était fonctionnaire et, partant, avait droit à une retraite de l'État, retraite réversible, en partie seulement, sur la tête de sa femme. Comprenant admirablement l'économie et les avantages de notre Caisse, il y avait adhéré dès le début, non pas tant pour lui-même que pour sa femme.

La veuve d'un fonctionnaire n'a droit, vous le savez, qu'à une part de la retraite de son mari. M. Campan avait donc fait souscrire à sa femme une retraite entière à notre Caisse et, par cette sage prévoyance, il a reconstitué à sa veuve à peu près la même somme de revenu. Pour lui-même, il n'avait souscrit qu'une simple part proportionnelle, au tarif C.

Si j'ai insisté sur ce fait, Messieurs, c'est qu'il est très instructif, très suggestif, pour employer un mot à la mode, et qu'il démontre sans commentaires, n'est-ce pas, toute l'utilité, toute la valeur de notre œuvre. M. le Dr Campan avait assuré l'avenir ; il est mort tranquille ; c'était un sage.

M. le Dr Maurel était aussi un de nos adhérents de la première heure et, bien qu'âgé de près de soixante ans en 1885, il avait souscrit à notre œuvre pour l'exemple.

L'*intérêt des valeurs* subit un accroissement continu. Il était, en 1891, de 9,763 fr. 40. Il sera, à partir de 1892, de 12,134 fr., sans compter les valeurs que nous achèterons dans le courant de l'année.

A la troisième colonne inscrite sous le titre *Divers*, vous voyez figurer une somme de 1,276 fr. 58 c. Le gros appoint de cette somme est formé par les deux chiffres suivants : 500 francs provenant du remboursement de 15 francs de rente amortissable ; 499 fr. 55 c. du remboursement d'une obligation communale 1879 ; le reste provient d'encaissements divers (frais de correspondance, de quittances remboursés par un certain nombre de membres ; versements faits en trop par certains autres, etc.).

Pour l'exercice qui s'ouvre, je vous annonce une assez grosse rentrée, qui sera de même inscrite dans ce chapitre : c'est le remboursement de 60 francs de rente amortissable qui vient de m'être notifié. Ce remboursement produira un capital de 2,000 fr., qui sera employé en achat d'autres valeurs.

Les dépenses sont énumérées dans le tableau suivant :

Frais de bureau	4 »	
Frais de correspondance et de quittances	110 60	
Frais de trésorerie (courtage, droits de conversion, etc.)	573 20	
Indemnités de voyage aux membres du Comité-Directeur et aux Censeurs	235 »	
Achat de valeurs (portefeuille)	63.744 80	
		64.553 »
		64.667 60

Dans ce chapitre, le portefeuille seul est intéressant à étudier.

Nous avons acheté, dans le courant de l'exercice 1891 :

1 obligation communale 1879 en remplacement de celle qui était sortie au tirage (juillet)	472 50	
116 fr. de rente 4 1/2 (août)	2.709 10	
30 oblig. Midi anciennes (nov.)	13.458 05	
29 oblig. Midi nouvelles (oct.)	13.258 25	
25 oblig. P.-L.-M. fus. anc. (mars)	11.246 90	
50 oblig. Orléans anc. (mars)	22.600 »	
		63.744 80

En somme, l'exercice 1891-92 se résume ainsi :

Recettes

En caisse au 5 avril 1891	2.115 66	
Encaissements de l'exercice.	69.580 18	
		71.695 84

Dépenses

Dépenses diverses........	64.667 60	
En caisse au 24 avril 1892.....	7.028 24	
		71.695 84

Nous en avons fini, Messieurs, avec l'étude en détail du dernier exercice.

Le tableau ci-dessous donne l'état détaillé de notre portefeuille.

Comme vous le voyez, il ne contient que de bonnes valeurs, des valeurs de tout repos, dont le revenu est sans doute peu élevé, mais dont le capital est absolument solide. C'est l'essentiel.

Nous ne capitalisons guère qu'à 3 0/0, 3 1/2 au plus : mais le remboursement des obligations et de l'amortissable donnera forcément 4 0/0. Quant au capital, il est doublement assuré : par la nature même des valeurs d'abord, car nous ne pouvons statutairement acheter que des obligations de chemins de fer français, de villes, garanties par l'Etat, du Crédit foncier ou de la rente française ; et, en second lieu, par ce fait que toutes nos valeurs sont converties en titres nominatifs, inscrites au seul nom de la *Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français*, ce qui met notre portefeuille absolument à l'abri de toute éventualité.

Par le temps qui court, il est bon, Messieurs, de dire ces choses. Tout menace de sauter : banques, fortunes et maisons ; mais votre portefeuille, vous venez de l'avoir en mains ; il est impersonnel ; c'est la fortune de tous et de chacun ; et vous vous êtes assurés par vous-mêmes qu'il est cadenassé, verrouillé par la meilleure et la plus respectable des serrures de sûreté. A moins que l'Etat lui-même ne saute, éventualité très improbable, vous pouvez dormir tranquilles.

Je termine en vous donnant le bilan et la situation :

Bilan au 24 avril 1892

Caisse.................F.	54.512 69	48.024 45
Caisse des Pensions.......	1.672 10	
Caisse auxiliaire..............		4.361 40
Frais généraux................	8.837 81	169 30
Cotisations....................		318.590 40
Obligations du Midi..........	51.835 85	922 90
Rente amortissable.........	114.520 80	2.325 »
Obligations foncières 1883...	34.356 15	720 »
— communales 1886	18.895 25	480 »
— Orléans.........	38.909 40	360 »
— foncières 1879...	8.805 85	
— communales 1879	8.535 70	144 »
— P.-L.-M........	32.924 75	360 »
Rente 4 1/2...	2.680 10	29 »
	376.486 45	376.486 45

Situation au 24 avril 1892

Recettes

Cotisations.................F.	321.477 30	
Dons à la Caisse des Pensions	2.589 30	
Dons à la Caisse auxiliaire..	650 »	
Profits et pertes...............	658 92	
Intérêt des valeurs..........	44.918 15	
Remboursement des valeurs.	1.493 45	
		371.787 12

Dépenses

Portefeuille.................F.	352.534 55	
Frais généraux...............	9.327 43	
Remboursement des cotisations	2.896 90	
Reste en caisse au 24 avril 1892	7.028 24	
		371.787 12

PORTEFEUILLE

VALEURS	PRIX D'ACHAT	AMORTISSEMENT	NET	VALEUR ACTUELLE (Bourse de Paris du 20 avril)	PLUS VALUE	MOINS VALUE	REVENU ANNUEL	TOTAL DES REVENUS dep. l'ouvert.
4.650 fr. de rente 3 % amortissable.	134.044 65	500 »	133.544 65	151.900 »	18.355 35		4.650	21.348 75
116 fr. de rente 4 1/2	2.709 10		2.709 10	2.718 25	9 15		116	58 »
130 obligations Midi	56.418 35	493 90	55.924 45	58.302 25	2.377 80		1.872	5.011 50
100 obligations foncières 1883	39.436 15		39.436 15	42.250 »	2.813 85		1.440	5.800 »
50 obligations communales, 1886	24.705 25		24.705 25	24.705 25			960	6.290 »
100 obligations Orléans	42.335 70		42.335 70	45.300 »	2.964 30		1.440	3.786 30
20 obligations foncières à lots 1879	9.816 60		9.816 60	9.655 »		161.60	288	1.010 75
20 oblig. communales à lots 1879	9.614 25	499 55	9.114 70	9.580 »	465 30		288	723
75 obligations P.-L.-M.	33.454 60		33.454 60	33.900 »	445.40		1.080	889 85
	352.534 65	1.493 45	351.041 20	378.310 75	27.431 15	161 60	12.134	44.918 15

Caisse auxiliaire. — Vous savez, Messieurs, que nous avons adjoint à notre *caisse de retraites*, une caisse auxiliaire ou *caisse de secours*, destinée à venir en aide à des confrères gênés ou malheureux.

Cette caisse, constituée régulièrement par une retenue de 1 0/0 sur la recette générale brute et alimentée par des dons ou abandons de pensions, possède actuellement un capital de 4,361 fr. 40 c. Ce capital n'existe, à proprement parler, qu'à l'état virtuel, la caisse auxiliaire n'ayant pas eu, jusqu'à présent, à fonctionner et son capital est compris dans celui de la caisse générale.

A partir de cette année cependant, elle va commencer à fonctionner ; un de nos confrères, chargé de famille et malade, se trouve dans l'impossibilité de continuer ses versements et il a fait appel à la

caisse auxiliaire pour lui venir en aide. Ayant effectué déjà sept versements, il lui reste encore trois annuités à verser ; la caisse, Messieurs, lui prête la somme nécessaire et les versera pour lui ; votre Comité-Directeur en a ainsi décidé et le Conseil des Censeurs vient d'approuver cette décision. Notre confrère, le Dr B..., pourra donc ainsi arriver à l'âge de la retraite et les cotisations versées par lui ne seront pas perdues. En aurait-il été ainsi, je vous le demande, si au lieu de s'être assuré chez nous, c'est-à-dire à une caisse de retraite confraternelle, notre confrère eût souscrit une police d'assurance à une Compagnie quelconque ? Je n'ai pas besoin de répondre, n'est-ce pas ?

Voilà, Messieurs, ce qu'il faut qu'on sache, voilà ce qu'il faut dire à nos amis, à nos confrères. Nous ne sommes pas une simple Société financière, mathématiquement judaïque. Nous constituons une Association confraternelle, à esprit large, à vues élevées ; généreuse même dans le calcul. Nos règles sont étroites et nos statuts rigoureux, il le faut ; mais non impitoyables, et ils nous permettent de venir en aide, de tendre la main au confrère malheureux, de l'ouvrir pour la veuve. Les deux exemples que je vous cite aujourd'hui en sont la preuve.

Dites donc ces choses, chers Confrères, dites-les bien haut, si haut que l'Association générale finira peut-être, elle aussi, par ne plus ignorer notre Œuvre. Son nouveau Président, M. Lannelongue, est un libéral, un homme de progrès et d'avenir, décidé à pousser l'Association en avant. Il l'a déclaré. Comptons sur lui, Messieurs. Le jour n'est pas sans doute éloigné où l'Association générale déclarera solennement que la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français est une œuvre utile et bonne. C'est tout ce que nous lui demanderons, car du jour où cette grande voix s'élèvera pour nous soutenir, notre Œuvre, déjà solide et vivace, décuplera sa force et sa vitalité.

Note rédigée sur la demande du Comité des Censeurs par M. Lande, Vice-Président.

Messieurs,

Le Comité-Directeur m'a chargé de vous démontrer l'exactitude de nos prévisions formulées dès la fondation de notre Œuvre. Il me suffira pour cela de vous rappeler ce que je vous disais en 1885 de la situation probable de la caisse au 1er janvier 1894, date à laquelle s'ouvrira pour nos premiers adhérents le droit à la retraite...

Je m'exprimais ainsi :

Les recettes ordinaires de l'année 1894 se composeront :

1° Des cotisations de l'année, 32,774 francs ;
2° De l'intérêt du capital inaliénable, 16,000 francs.
Soit au total, 48,774 francs.

Je ne tiens pas compte des intérêts des cotisations de l'année, ces intérêts devant servir, d'après nos prévisions, à payer les frais d'administration.

Sur ce capital de 48,774 francs, on attribue :
1 %, soit 487 francs à la Caisse annexe,
Et 15 %, soit 7,216 francs, au capital inaliénable.
Il reste donc 41,071 francs pour payer les pensions arrivées à échéance.

Or, en 1894 nous aurons 14 pensionnaires représentant 9 pensions totales de 1.200 francs plusieurs d'entre eux n'ayant souscrit que pour des parts de pension, nous aurons donc à leur payer

9 fois 1,200 francs = 10,800 francs

et il nous restera encore disponible une somme de

41,071 — 10,800 = 30,271 francs.

Cet excédent sera divisé, disent les Statuts, par tiers et réparti entre le capital inaliénable, la Caisse annexe et la réserve des pensions. Chacun de ces chapitres de notre budget se verra ainsi allouer dès la première année une somme d'environ 10,000 francs.

Et à la fin de cette première année nous aurons

1° Constitué un capital de 400,0 0 francs.
Plus 7,216 francs de retenue statutaire,
Plus 10,000 francs d'excédent de recette,
Au total 417,216 francs ;
2° Payé 10,800 francs à 14 pensionnés ;
3° Réservé 10,000 francs pour compléter, s'il y avait lieu les années suivantes, le chiffre des pensions ;
4° Attribué enfin une somme de 10,000 francs à la Caisse annexe qui, ayant déjà accumulé, pendant les dix années de fondation, un capital de 6,000 francs par la retenue statutaire de 1 % sur les recettes, aura ainsi dès notre première année de fonctionnement un capital disponible de 16,000 francs.

Si l'on veut bien se rappeler les attributions de cette Caisse annexe, on ne pourra pas taxer notre Œuvre d inhumanité et d'égoïsme.

Or, si je calcule aujourd'hui cette situation en prenant pour base les chiffres qui viennent de vous être indiqués par notre Trésorier, je devrai modifier toutes les indications de la façon suivante :

Les recettes ordinaires de l'année 1894 se composeront :

1° Des cotisations de l'année, 50,000 francs au moins ;
2° De l'intérêt du capital inaliénable, 17,000 francs,
Soit au total, 67,000 francs.
Sur ce capital de 67,000 francs, on attribue :
1 % soit 670 francs, à la Caisse annexe,
Et 15 %, soit 9,750 francs, au capital inaliénable.
Il reste donc 56,580 francs pour payer les pensions arrivées à échéance.

Or, en 1894 nous aurons 8 pensionnaires représentant un peu plus de 5 pensions totales, soit exactement 6,300 francs.

Il nous restera donc encore disponible

56,580 — 6,300 = 50,280 francs.

Cet excédent sera divisé, disent les Statuts, par tiers et réparti entre le capital inaliénable, la Caisse annexe et la réserve des pensions. Chacun de ces chapitres de notre budget se verra ainsi allouer dès la première année une somme de 16,760 francs.

Et à la fin de cette premièrc année nous aurons :

1° Constitué un capital de 450.000 francs.
Plus 9,750 francs de retenue statutaire,
Plus 16,760 francs d'excédent de recette,
Au total 476,500 francs ;
2° Payé 6,300 francs à 8 pensionnés ;
3° Réservé 16,760 francs pour compléter, s'il y avait lieu les années suivantes, le chiffre des pensions ;
4° Attribué enfin une somme de 16,760 francs à la Caisse annexe qui, ayant déjà accumulé, pendant les dix années de fondation un capital de 6,000 francs par la retenue statutaire de 1 % sur les recettes, aura ainsi dès notre première année de fonctionnement un capital disponible de :

6,000 + 670 + 16,760 = 23,430 francs.

Je n'insiste pas, la démonstration est mathématique et justifie pleinement nos espérances ainsi que la confiance que vous avez bien voulu nous accorder.

OBSERVATIONS

Aux trois combinaisons différentes énumérées dans les statuts ci-dessus, correspondent les trois tableaux ou tarifs, A, B et C.

Le tarif A indique la somme que doit verser, annuellement, à la Caisse, un adhérent entrant à un âge quelconque et désirant avoir à soixante ans, ou après dix ans de participation la retraite type de 1,200 fr.

Le tarif B indique l'arrérage à payer, au moment de l'entrée, pour obtenir la retraite type à soixante ans ou après dix ans de participation, tout en ne versant plus chaque année, jusqu'à l'âge de la retraite, qu'une cotisation de 100 fr.

Le tableau C donne, exprimée en millièmes, la proportion de la retraite type obtenue à soixante

ans ou après dix ans de participation par l'adhérent qui, quel que soit son âge d'entrée, ne verse qu'une cotisation annuelle de 100 francs.

Un exemple fera comprendre ces trois cas principaux :

Le Dr X. a trente-cinq ans.
S'il choisit le tarif A,
Il verse une cotisation annuelle de 177 francs.
Pour avoir droit, à soixante ans,
A une pension annuelle et viagère de 1,200 fr.
S'il choisit le tarif B,
Il paie un arrérage de 1,563 francs.
Puis verse une cotisation annuelle de 100 francs
Pour avoir droit, à soixante ans,
A une pension annuelle et viagère de 1,200 francs.
Enfin avec le tarif C,
Il verse une cotisation annuelle de 100 francs.
Qui lui donne droit, à soixante ans,
Aux 565 millièmes de la retraite type,
Soit pour une retraite type de 1,200 francs, à 678 francs de pension.
De même, le Dr Z., âgé de 54 ans,
Avec le tarif A,
Verse une cotisation annuelle de 510 francs
Pour avoir droit, à soixante-quatre ans,
A une pension annuelle et viagère de 1,200 francs.
Avec le tarif B,
Il paie 3,460 francs d'arrérage
Et une cotisation annuelle de 100 francs,
Pour avoir droit, à soixante-quatre ans,
A la pension annuelle et viagère de 1,200 francs.
Ou avec le tarif C,
Il verse une cotisation annuelle de 100 francs
Et a droit, à soixante-quatre ans,
Aux 195 millièmes de la retraite type,
Soit pour une retraite type de 1,200 francs, à 235 francs de pension.

Le chiffre de 1,200 francs de pension, tout en donnant satisfaction à un grand nombre d'adhérents ne saurait cependant satisfaire à tous les désirs ; aussi, lors de l'Assemblée générale constitutive de la Caisse, il a été admis que l'on pourrait obtenir jusqu'à quatre fois cette retraite type de 1,200 francs et aussi ne souscrire que pour une demi-part à l'un des trois tarifs A, B et C. Il s'ensuit qu'en participant à la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français, on peut, suivant la cotisation annuelle versée, obtenir à soixante ans une pension de retraite qui varie de 100 francs environ (âge d'entrée cinquante ans, tarif C, demi-part), à 4,800 francs (âge d'entrée quelconque, tarifs A et B, quadruple part).

Les trois tarifs permettent, en effet, un grand nombre de combinaisons qui, à chaque âge, donnent tous les degrés entre ces deux chiffres extrêmes 100 francs et 4,800 francs.

D'après le tarif A, il est loisible de verser une cotisation variant de 1/2 à 4 fois la cotisation qui y est portée et on obtient ainsi une pension qui varie de 600 francs à 4,800 francs.

De même pour le tarif B.

Quant au tarif C, il se prête à un plus grand nombre d'arrangements puisque à chaque âge il permet toutes les cotisations variant entre 50 francs et autant de fois 50 francs que ce chiffre est contenu dans le quadruple de la cotisation correspondante du tarif A.

Ainsi le Dr M., âgé de quarante ans, qui choisit le tarif C, peut verser, d'après ce tarif entre 50 francs et 950 francs de cotisation annuelle ; en effet, il peut, d'après le tarif A, verser jusqu'à quatre fois 247 francs, soit 988 francs de cotisation annuelle.

Les tableaux A et B donnent toujours huit combinaisons différentes de 1/2 part à 4 parts, soit 1/2, 1, 1 1/12, 2, 2 1/2, 3, 3 1/2, 4. Le tableau C en fournit ici dix-neuf puisque 50 est contenu dix-neuf fois dans 950 et que chaque multiple de 50 donne droit à une proportion déterminée de retraite totale.

Suivant le chiffre choisi par l'adhérent dans cette série de 50 à 950, la retraite est facilement calculée au moyen du tarif C qui indique la proportion de la retraite type, correspondant à la cotisation type de 100 francs. Dans ce cas particulier, si le Dr M. verse par exemple 500 francs de cotisation, il obtiendra 5 fois 404 millièmes de la retraite, soit 2,020 millièmes, c'est-à-dire 2,424 francs de retraite, le type étant 1,200 francs.

Pour tout ce qui concerne la Caisse, s'adresser à M. le Dr Delefosse, 22, place Saint-Georges, Paris.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4, rue Antoine-Dubois, 4

Dr JOUIN (F.). — **Des Différents Types de métrites ; leur Traitement.** Petit in-8°, VI-382 p. — Prix : 6 fr.

M. le docteur Péan, l'éminent chirurgien de l'hôpital Saint-Louis de Paris, a écrit pour ce livre, œuvre d'un de ses anciens internes, une préface où il met bien en lumière le caractère original et la haute valeur de l'ouvrage :

« M. Jouin montre, dit-il, en s'appuyant sur des recherches expérimentales et les faits de sa pratique déjà longue, que l'inflammation de l'utérus présente une grande tendance à envahir ses annexes. Le résultat de cette doctrine est véritablement intéressant au point de vue pratique. L'auteur en tire d'abord cette déduction, qu'il faut se hâter de traiter l'inflammation de l'utérus dès sa période de début, et cela par des moyens véritablement rationnels, si l'on veut l'enrayer utilement et éviter du côté des annexes le développement de manifestations graves échappant rapidement à l'action médicale ; les moyens locaux doivent être appliqués suivant les indication nettement posées par l'auteur, en même temps qu'un traitement général bien étudié est institué. Mais M. Jouin a vu que les inflammations de l'utérus et de ses annexes, lorsqu'elles ont suivi une marche trop aiguë, ou lorsqu'elles n'ont pas été traitées assez activement, de même que celles qui reconnaissent certaines causes locales comme des tumeurs volumineuses, peuvent nécessiter et nécessitent assez souvent l'intervention du chirurgien. C'est ainsi qu'il est amené à analyser et qu'il discute avec soin les indications de l'hystérotomie, de la salpingectomie, de l'oophorectomie, et de l'hystérectomie. Toutes ces questions sont actuellement à l'ordre du jour, et suscitent des controverses du plus haut intérêt. Grâce à son expérience, l'auteur est arrivé à poser au sujet des indications de chacune des opérations que nous venons d'énumérer, des conclusions parfaitement motivées. »

La majeure partie de l'ouvrage de M. Jouin est consacrée, le titre l'indique suffisamment, à la pathogénie et à la thérapeutique des métrites. Mais il faut signaler dans la troisième partie, qui comprend des études de gynécologie se rapportant aux inflammations de l'utérus, des pages infiniment curieuses sur la stérilité chez la femme et son traitement : la fécondation artificielle est appréciée ici à un point de vue tout à fait nouveau. — Net 4 fr. 80 pour MM. les membres du Concours médical. B.

Dr LATAPIE. — **La Mortalité des enfants du premier âge et la Loi Roussel,** étude d'hygiène sociale. In-18, 64 pages. Prix : 2 francs.

Dr MACAIGNE (Maxime). — **Le « Bacterium coli commune » ; son Rôle dans la pathologie.** In-8°, 170 pages. — Prix : 4 francs.

En raison du rôle important dans la pathologie humaine que l'on reconnaît depuis 1889 au bacterium coli commune d'Escherich et des discussions récentes dont il a été l'objet, M. le docteur Macaigne a cru intéressant de consacrer une étude complète à ce microorganisme et de présenter un tableau d'ensemble de toutes les manifestations morbides qui lui sont attribuées.

L'ouvrage est fort bien fait. Mais notre auteur n'a pu, il faut le reconnaître, trancher la question capitale qui divise en ce moment les bactériologistes. On sait que la spécificité du bacille typhique dans la production de la fièvre typhoïde, établie en 1885 par Eberth, a été niée depuis par MM. Rodet et Roux, de Lyon, qui soutiennent que le bacille typhique n'est que le bacterium coli modifié par la réaction de l'organisme. M. Macaigne, après avoir discuté les arguments apportés de part et d'autre dans le débat, conclut que l'opinion des savants lyonnais n'est point démontrée. « Jusqu'à nouvel ordre, dit-il, nous continuerons à voir dans le bacterium coli un saprophyte capable d'acquérir une virulence extrême (entérites algides et fébriles) et dans le bacille typhique un bacille présentant avec le précédent de grandes analogies de forme et de cultures, mais absolument distinct par son action pathogène, c'est-à-dire un bacille spécifique par son origine et par sa manifestation morbides ». — Net 3 fr. 20. B.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Un nouveau tænifuge.

Nous donnions dernièrement (*Concours médical*, n° 19) une série de traitements essayés par M. le Dr *Baumel* pour détruire le tænia inerme ; depuis, M. le Dr *Laborde*, ayant remarqué au cours d'expériences sur les sels de strontium que les chiens qui prenaient ces sels étaient débarrassés de leurs tænias, a réussi à tuer avec ces médicaments les tænias de meutes entières.

M. Laborde conseille d'administrer chez l'homme :

Lactate de strontium........	20 gr.
Eau distillée........	120 gr.
Glycérine........	Q. S.

Deux cuillerées à soupe par jour, le matin, pendant cinq jours.

Le nombre des expériences n'abonde pas chez l'homme. En tout cas, c'est un traitement parfaitement inoffensif pour l'organisme et qui mérite sérieuse attention, étant donnée d'une part la compétence de M. Laborde, d'autre part l'infidélité si fréquente des moyens ordinaires : Semences de courges, fougère mâle, pelletiérine, kousso.

Voilà certes une découverte bien inattendue et obtenue par l'effet du hasard. On voit que les sels de strontium n'ont pas dit leur dernier mot.

Une nouvelle observation de guérison de pneumonie grave par la méthode de Fochier.

M. le Dr *Gingeot*, de Paris, vient de relater une nouvelle observation en faveur de la méthode de Fochier, de Lyon.

Il s'agit d'un homme de 29 ans, robuste, grand buveur, sans antécédents morbides, qui entra à l'hôpital, le 1er avril, pour une pneumonie, dont le début remontait à quatre jours. Le 3 avril, la défervescence semblait commencer ; la température baissait, le malade se sentait mieux ; mais le lendemain, au huitième jour de la pneumonie, une aggravation subite de l'état général se produisit : température à 40°, subdélirium. Le 5 avril, la situation s'aggravait encore, malgré un traitement tonique et stimulant ; le thermomètre marquait 40°4, le malade avait du délire, des sueurs froides, une agitation extrême ; pouls à 120, beaucoup d'albumine dans les urines, diarrhée. Comme signes physiques, on constatait alors, à la partie inférieure du poumon droit, une zone de matité assez étendue et, à ce niveau, un souffle tubaire intense mêlé à quelques râles secs et fins ; les crachats étaient grisâtres et contenaient, avec quelques pneumocoques, une grande quantité de streptocoques et d'autres cocci de types divers.

L'état semblait des plus graves. On injecta alors, sous la peau des quatre membres, 1 gramme d'essence de térébenthine. Deux heures après, la température était tombée de 40°4 à 39°4. Le lendemain, 6 avril, le malade était bien mieux ; l'albumine persistait cependant dans les urines. Le 9 avril, on ne trouvait plus aucun signe physique du côté des poumons.

Au niveau des injections de térébenthine, la réaction fut très intense ; de vives douleurs persistèrent pendant assez longtemps ; en même temps des abcès se développaient ; la réaction fut surtout très intense au niveau du bras droit qui fut presque totalement envahi par la tuméfaction. Le 10 avril, on ouvrit cette collection du bras droit et on retira 3 ou 400 grammes de pus bien lié, verdâtre, ayant l'odeur de la térébenthine. Deux jours après, on incisa l'abcès du bras gauche ; puis, le lendemain, l'abcès de la cuisse droite ; et, le 14 avril, enfin, celui de la cuisse gauche qui avait évolué presque sans phénomènes inflammatoires. La cicatrisation de ces abcès se fit rapidement ; et, le 7 mai, le malade sortait guéri de l'hôpital.

Cette observation rappelle celle de M. Dieulafoy sous les deux rapports suivants : 1° la suppura-

tion artificiellement provoquée aux quatre membres n'a pas empêché la fièvre d'affecter une marche décroissante ; 2° le pus de trois abcès sur quatre a été trouvé, par M. Netter, absolument amicrobien ; dans un seul abcès, il y avait quelques rares microbes, mais pas un seul germe pyogène.

La théorie, que l'expression *abcès de fixation* résume si clairement, semble donc positivement fausse.

Malgré l'apparence de succès obtenu par la méthode de Fochier, tenons-nous encore sur la réserve. A côté des succès, on signale déjà quelques échecs. La méthode peut être bonne dans certains cas ; elle ne vaut pas encore une véritable vaccination anti-pneumonique. Nous ne pouvons donc nous prononcer ni sur sa valeur réelle, ni sur ses indications précises.

De l'abus du seigle ergoté dans la thérapeutique gynécologique.

La Société obstétricale de France, considérant les dangers que le seigle ergoté peut faire courir à la mère et à l'enfant, rappelle que ce médicament ne doit être administré qu'après la délivrance et lorsque l'utérus est complètement évacué. Telle est la proposition que M. le professeur *Tarnier* a fait voter par la Société d'obstétrique, à la suite d'une discussion entre MM. Pinard, Queirel, Tarnier.

Il est certain que l'ergot est le plus souvent employé, à l'aveugle, sans aucune idée physiologique sérieuse, aussi bien par nombre de médecins que par les sages-femmes. Avant de fermer les écluses utérines, il faudrait au moins tâcher de se rendre compte de l'état de l'utérus, et de la nature de son contenu et ne pas s'exposer à retenir dans l'intérieur de la matrice des fragments de placenta ou des caillots sanguins plus ou moins septiques. Nettoyons, lavons d'abord à grande eau, chaude et antiseptique, les parois de l'utérus, et lorsque tout sera sûrement propre, si l'hémorrhagie ne semble pas devoir s'arrêter, alors seulement, lançons dans la circulation ce dangereux frein qu'on appelle l'ergot de seigle.

Mécanisme physiologique de la mort subite dans la pleurésie.

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, le Dr *Laborde* exprime son opinion, fondée sur des recherches expérimentales, à propos de la pleurésie et de la mort subite dans cette maladie. Le clinicien a grand intérêt à la connaître pour rester un peu moins dans l'expectative dans certains cas et mieux saisir la véritable indication dans d'autres.

M. Laborde a remarqué que quand on fait subir à un nerf sensible, le sciatique par exemple, d'un mammifère une excitation suffisante, on observe des phénomènes de ralentissement et même d'arrêt cardiaque constituant une vraie syncope cardiaque. Si l'excitation ne porte que sur l'extrémité périphérique et non sur la totalité du nerf, il n'y a pas seulement syncope cardiaque, mais syncope respiratoire. Or, en excitant les nerfs intercostaux avec un fort courant induit, l'auteur a pu produire l'arrêt du cœur. Les nerfs intercostaux étant irrités dans la pleurésie, il n'est pas surprenant de voir une syncope se produire. La condition de grand épanchement, surtout à gauche, augmente encore la production de ces troubles. On peut en conclure que la thoracentèse est urgente quand l'épanchement est considérable, et qu'il faut aussi tenir grand compte de l'état nerveux local et général.

Nous ne suivrons pas M. Laborde dans sa campagne contre les vésicatoires. Ici, ses idées nous paraissent un peu trop théoriques et pas assez conformes à l'expérience de chaque jour.

On a souvent vu les vésicatoires provoquer de la cystite et de l'albuminurie cantharidienne ; mais personne n'a encore noté une recrudescence de l'épanchement pleurétique après l'application d'un ou de plusieurs vésicatoires.

De l'extraction des corps étrangers du conduit auditif externe par la méthode agglutinative.

Dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, M. le Dr *Humbert* expose une méthode ingénieuse qu'il a employée pour extraire les corps étrangers auriculaires externes. Habituellement, dans les manœuvres d'extraction ordinaires, on repousse le corps étranger tout au fond contre le tympan ; c'est alors que les difficultés deviennent presque insurmontables. Un confrère roumain ayant employé l'alun en fusion comme agglutinatif pour extraire les corps étrangers, M. Humbert par crainte de brûlures avec cet agglutinatif, employa dans plusieurs cas la térébenthine de Venise solidifiée. Voici comment il conseille de procéder : On chauffe légèrement un clou, puis on touche avec l'extrémité chauffée la surface de la térébenthine qui fond aussitôt. On en porte une goutte sur le corps étranger à extraire, à l'aide d'une allumette, dont le bois, laissé en place un instant, est retiré à la main ou avec une pince. Le même procédé est applicable aux corps étrangers du nez. Quand le corps étranger est fortement enchâssé, il faut laisser l'allumette et la goutte de térébenthine au moins une minute en place. C'est avec cette térébenthine de Venise que les micrographes fixent temporairement les bords d'une lamelle sur une lame porte-objet.

Contre-indications et indications des bains de mer chez les enfants.

M. le Dr *Jules Simon* a exposé, dans sa première leçon de cette année, à l'hôpital des Enfants-Malades, son opinion sur les indications et contre-indications des bains de mer chez les enfants. Il fait remarquer qu'en général on ne voit pas assez les inconvénients qui peuvent résulter des bains de mer pour certains enfants et qu'on s'habitue trop facilement à regarder ces bains comme toujours excellents. C'est là une erreur que le médecin doit combattre dans bien des cas.

L'eau de mer a une température uniforme, qui varie entre 15 à 20 degrés ; elle contient 29 grammes de chlorure de sodium par litre avec une certaine quantité de brome, d'iode, de varechs et différentes matières organiques.

Le bain de mer est pris froid presque toujours ; on peut cependant le donner chaud ; il est possible aussi de se contenter de douches ou de simples lavages.

Le bain froid a une action facile à comprendre ; il produit, tout d'abord, au moment où on entre

dans la mer, un saisissement plus ou moins marqué ; la peau pâlit. Cette anémie momentanée des téguments s'accompagne d'une activité circulatoire plus grande vers les centres. Le cœur a à lutter contre cette augmentation de pression, il ralentit ses battements. Dans la petite circulation, l'augmentation de la pression sanguine se fait sentir ; il y a une surcharge veineuse dans les poumons : d'où une dyspnée momentanée, parfois très vive.

Au bout d'une minute, une réaction se produit. La peau rougit, la respiration un peu gênée redevient normale et l'enfant éprouve un bien-être complet dans le bain. Il y a cependant certains enfants qui ne font pas cette réaction ; ils restent cyanosés et grelottent pendant toute la durée du bain. Il y a chez eux une contre-indication absolue.

Les enfants ne devront pas prendre de bains de mer au-dessous de 2 ans. Les nerveux, les épileptiques, les hystériques, les choréiques sont très mal influencés par les bains de mer. Ceux qui ont de la sclérose cérébrale, de la paralysie infantile, supportent très mal même l'air de la mer. Il en est de même des rhumatisants avec ou sans lésions cardiaques. Tout le monde sait que les affections des yeux (conjonctivites et kératites), que les otites, que les maladies de la peau sont aggravées par les bains de mer. Enfin les tuberculeux avancés, les brightiques, les emphysémateux et coquelucheux, ne se trouvent pas bien au bord de la mer.

Au contraire, les lymphatico-strumeux avec adénopathies multiples, les ostéo-arthropathes, en dehors des périodes inflammatoires, les convalescents, les anémiques, les rachitiques surtout, retireront d'immenses bénéfices des bains de mer. Il faut faire une réserve pour les convalescents de scarlatine, rougeole et diphthérie dont les poumons craignent l'air vif.

Il faut savoir aussi que le choix des plages n'est pas indifférent :

Toutes n'ont pas les mêmes propriétés. Les plages du Nord jusqu'au Havre sont très excitantes. Elles conviennent aux torpides, aux enfants bouffis de lymphe. Au-dessous du Havre, jusqu'à Saint-Malo, elles sont moins excitantes. Les plages de l'Océan sont plus douces encore parce qu'il y fait plus chaud. Enfin les plages du Midi (Arcachon, Biarritz) sont les moins excitantes.

Quand on aura décidé l'envoi d'un enfant à tel ou tel endroit, il faudra faire aux parents quelques recommandations. L'enfant devra rester cinq ou six jours avant de commencer les bains ; cet acclimatement est nécessaire. Le premier bain, très court, ne devra durer que quelques secondes. Le lendemain, l'enfant ne prendra pas de bain ; le surlendemain, il restera dans l'eau un peu plus longtemps et ainsi de suite. Même lorsque l'accoutumance aura été produite, les bains n'auront pas une durée de plus de cinq à six minutes. Si la réaction ne se fait pas pendant ou après le bain, ou si l'excitation est trop grande, il faudra cesser les bains froids et donner des bains de mer tièdes.

Il ne faut pas oublier de prévenir la famille que les enfants ont souvent des maux de tête, de la constipation avec embarras gastrique bilieux, toutes manifestations qui ne deviennent une contre-indication des bains que si elles se renouvellent. (*Bulletin médical du* 22 mai 1892.)

Anémie pernicieuse due aux ascarides.

M. *Demme* (de Berne) pense qu'il ne faut pas toujours rejeter absolument comme commérages les plaintes des parents relativement aux vers de leurs enfants. Il a eu l'occasion d'observer trois cas d'anémie pernicieuse chez les enfants, dans lesquels les vers pouvaient être incriminés. Un de ces cas se termina par la mort et l'on trouva des amas de lombrics dans l'intestin et dans l'estomac. Les deux autres cas guérirent par l'expulsion de masses compactes d'ascarides lombricoïdes. Dans un de ces deux cas qu'il rapporte en détail, il s'agit d'un enfant de trois ans dont l'état était fort inquiétant par suite d'une anémie extrême ; deux ascarides rejetées par vomissements attirèrent l'attention du côté de l'intestin où la palpation faisait sentir de grosses masses fécales. L'administration de santonine et de calomel amena l'expulsion de paquets d'ascarides, dont quelques-unes atteignaient vingt-cinq et trente centimètres de long. L'amélioration s'accusa aussitôt après et la guérison fut très prompte. Dans ces divers cas il y avait des ascarides en nombre considérable, jusqu'à deux et trois cents, et l'on en trouvait aussi dans l'estomac.

Demme conseille, toutes les fois que chez un jeune enfant l'on soupçonne la présence d'ascarides, de donner 2 à 3 centigrammes de santonine dans une cuillerée d'huile d'olive ou d'huile de ricin, suivant l'âge de l'enfant. S'il y a des lombrics, il en passera sûrement quelques-uns dans les selles et l'on pourra alors insister un peu plus énergiquement sur le traitement vermifuge.

(*Wiener medizinische Blaetter*, 7 avril 1892, et *Revue de Clinique méd. et c ir.*)

Du traitement méthodique de la syphilis et de la teneur en mercure des sels mercuriels.

M. le docteur Bontemps, de Saumur, vient de publier un travail intéressant dans lequel il donne un moyen très pratique d'obtenir des malades un traitement régulier et prolongé de la syphilis.

M. *Fournier* a toujours professé qu'*en aucun cas* la durée du traitement de la syphilis ne peut être abaissée au-dessous de 3 à 4 ans. M. *Bontemps* a recherché les moyens pratiques de faire appliquer ces préceptes du maître et il a dressé un petit tableau commode que les malades doivent suivre rigoureusement pour retirer quelque bénéfice de la médication antisyphilitique.

Tout d'abord les malades doivent observer des phases de traitement et des phases de repos ou de désaccoutumance. Avec M. Fournier il faut donner dix mois de traitement mercuriel ; avec M. Martineau il faut prescrire l'iodure de potassium de bonne heure et dans les derniers temps les bains sulfureux.

Pendant la première année, 6 mois de mercure, 3 mois d'iodure, 3 mois de repos ;

Pendant la deuxième année, 2 mois de mercure, 5 mois d'iodure, 5 mois de repos ;

Pendant la troisième année, 2 mois de mercure, 5 mois d'iodure, 5 mois de repos et sulfureux ;

Pendant la quatrième année, plus de mercure, l'iodure seul entrecoupé de repos et de sulfureux.

Au total, 10 mois de mercure ;
20 mois d'iodure ;
6 mois de sulfureux ;
8 mois de repos.

Mois	1er	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	9e	10e	11e	12e
1re Année.	M	M	I	M	R	M	R	M	I	R	R	I
2e	R	R	I	M	I	R	R	I	M	I	I	R
3e	R S	M	I	I	R S	R	I	I	R S	R	M	I
4e	I	R S	I	I	R	R S	I	I	R	R S	M	I

M : mercure—I : iodure—R : Repos—S : sulfureux.

A propos du traitement de la syphilis il est bon d'avoir présent à l'esprit la teneur en mercure des sels mercuriels afin de choisir les plus actifs et de varier les doses en connaissance de cause.

Parmi les sels solubles les plus usités on peut dresser l'échelle suivante :

L'iodure renferme....	45,00	0/0 de mercure
Le peptonate.........	57,15	—
La succinimide......	63,30	—
Le lactate...........	67,10	—
Le chlorure double..	72,72	—

Parmi les sels insolubles on peut citer :

L'albuminate, qui contient....	10,20	0/0
Le tannate....................	23,80	—
Le thymolate................	41,89	—
Le phénolate................	51,68	—
Le salicylate................	59,90	—
L'oxyde rouge mercurique ...	92,59	—
Le calomel..................	84,00	—

Rappelons aussi que les frictions d'onguent napolitain sont avantageusement remplacées par l'emploi de flanelles imprégnées de mercure qu'on porte en sachets sur sa poitrine, principalement pendant le sommeil. (Société de thérapeutique du 25 mai.)

Diagnostic de l'ascite et des kystes de l'ovaire.

Cette question, en apparence si simple dans les manuels, vient d'être remise à l'ordre du jour de la Société de chirurgie par M. *Monod* à propos d'une observation curieuse du kyste de l'ovaire ayant succédé à un cancer de l'utérus opéré par hystérectomie vaginale et ayant été pris pour une ascite de généralisation cancéreuse. Les classiques disent : dans l'ascite, le ventre est large en bas, étroit en haut ; la matité est plus prononcée sur les parties latérales quand la malade est sur le dos, mobile suivant que l'on déplace le tronc d'un côté ou de l'autre, l'ombilic est saillant, enfin la forme de la matité est semi-lunaire concave en haut. Dans le kyste de l'ovaire, tous ces signes sont absolument inverses, ventre globuleux, matité non mobile, ombilic normal ou rétracté, forme de la matité semi-lunaire, convexe en haut ; quoi de plus simple ? Mais aussi rien de plus faux. Non seulement on est obligé de considérer attentivement la marche de la maladie (Bouilly), non seulement il faut ponctionner et examiner le liquide au microscope (Terrier), mais même le ventre ouvert, la main de l'opérateur au milieu de la cavité, il est nécessaire de chercher les rapports des anses intestinales pour s'assurer qu'on n'est pas en présence d'un kyste de l'ovaire à paroi confondue avec la paroi abdominale (Championnière).

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

De l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

(Suite.)

I

Nous avons vu (1) ce qu'il convient d'entendre sous cette dénomination, les accidents auxquels donne lieu, au cours de la grossesse, l'insertion du placenta sur le segment inférieur : il nous reste à déterminer la physionomie qu'imprime cette complication aux deux temps de l'accouchement (travail proprement dit et délivrance), ainsi que les différents moyens de traitement.

Pendant le travail, les symptômes observés pendant la grossesse s'accentuent : s'il y a déjà eu de petites pertes sanguines, elles augmentent en raison même de l'intensité plus grande, de la répétition à intervalles plus rapprochés des contractions utérines. Le vagin se remplit de caillots en même temps qu'il se fait par la vulve un suintement sanguin continu. Les hémorrhagies peuvent même apparaître pour la première fois au cours du travail et à une époque assez avancée du travail, lorsque la partie fœtale s'engageant ou complétant son engagement appuie sur les membranes et augmente ainsi le tiraillement exercé sur le placenta.

Lorsque les membranes sont rompues prématurément ou au début du travail, spontanément ou artificiellement, il n'y a généralement pas d'hémorrhagie ; la partie fœtale descend peu à peu ; si elle passe à frottement au niveau du placenta, elle peut produire par décollement direct un suintement sanguin plus ou moins abondant et qui ne s'arrête que lorsque la partie fœtale fait bien tampon. S'il s'agit d'une présentation du sommet, le suintement sanguin cesse en apparence lorsque la tête appuie bien sur le périnée au moment de la période d'expulsion, mais il s'accumule du sang en arrière de la tête et lorsque la tête est sortie, on voit du sang liquide ou des caillots recouvrir le sillon de la nuque, les épaules, et quelquefois il s'échappe, en même temps que le tronc, un flot de sang : le placenta s'est décollé au moment de l'engagement des épaules.

Les différents symptômes que nous avons donnés de l'insertion basse du placenta pendant la grossesse sont encore plus nets pendant le travail ; il faut ajouter que, pendant le travail, non seulement on constate, par le toucher et le palper combinés, l'épaississement de l'un des côtés du segment inférieur de l'utérus, mais dans les cas où l'insertion empiète sur la partie tout à fait inférieure de l'ovoïde utérin, on peut, au fur et à mesure de la dilatation, sentir des cotylédons placentaires directement avec le doigt : ce sont ces cas-là, rares d'ailleurs, qu'on considérait autrefois comme constituant seuls l'insertion vicieuse.

Il y a d'autres signes fournis par l'allure même du travail : si la partie fœtale n'est pas profondé-

(1) *Concours méd.*, n° 15, 9 avril 1892.

ment engagée, elle appuie mal sur le segment inférieur de l'utérus, la dilatation se fait lentement, irrégulièrement ; il y a une sorte de fausse rigidité du col analogue à celle que l'on observe lorsque l'obstacle, à la descente et à l'engagement de la partie fœtale, provient d'un rétrécissement du bassin. Assez souvent la dilatation se complète rapidement, en même temps que la partie fœtale descend tout d'un coup après avoir glissé le long du placenta.

Du côté du fœtus, en raison de la situation plus ou moins prævia du placenta, le cordon peut se trouver entraîné : d'où la fréquence relative des procidences, des procubitus du cordon, qui viennent encore aggraver le pronostic pour le fœtus, déjà fort exposé du fait des hémorrhagies maternelles. Dans un certain nombre de cas, le cordon ne fait pas procidence, il n'accompagne même pas la partie fœtale, mais il se trouve comprimé en raison de sa situation déclive dans la cavité utérine ; cette compression se traduit par des modifications dans le rhythme des battements du cœur fœtal et par la coloration du liquide amniotique par le méconium.

Nous avons vu que, par suite de la présence du placenta sur le segment inférieur, les présentations autres que celles du sommet étaient plus fréquentes que dans les cas normaux ; tous les accoucheurs sont d'accord pour considérer la présentation de l'épaule comme vicieuse et pour la transformer en présentation longitudinale. Mais quelle est la plus favorable des présentations longitudinales, sommet ou siège, en pareil cas ?

Les avis sont ici différents: les uns pensent qu'il vaut mieux que le fœtus s'engage par le siège décomplété ; le membre inférieur peut descendre ainsi à travers un orifice incomplètement dilaté et fait tampon sans décoller le placenta ; la dalatation progresse peu à peu et au fur et à mesure qu'elle avance, une partie de plus en plus volumineuse du fœtus, obture l'orifice, le segment inférieur et il n'y a pas d'hémorrhagie. Aussi un certain nombre d'auteurs, et en particulier Hofmeier, conseillent en pareil cas de laisser le siège en bas lorsqu'il s'y trouve, et de l'y amener systématiquement lorsqu'il se produit une hémorrhagie au cours du travail. — D'autres auteurs, et en particulier M. Pinard, considèrent qu'ici encore la présentation du sommet est préférable à toute autre présentation, que les bons résultats obtenus par l'engagement du siège premier ne tiennent point tant à ce mode de présentation qu'à la rupture des membranes qui est nécessaire pour cette manœuvre ; aussi ils estiment qu'il vaut toujours mieux ramener la tête en bas — et qu'on donne ainsi plus de chances à l'enfant de naître vivant.

L'insertion du placenta sur le segment inférieur peut ne se révéler par aucun signe ni pendant la grossesse, ni pendant le travail ; il n'y a pas d'hémorrhagie ; le sommet se présente, le travail marche normalement ou bien l'accoucheur n'a point suffisamment prêté attention à quelques-unes des particularités que nous avons indiquées, étant surtout occupé d'une autre difficulté, par exemple un rétrécissement du bassin. Ce n'est qu'au *moment de la délivrance* que cette complication va se révéler. Aussitôt après la sortie du fœtus, par suite du défaut de rétraction du segment inférieur de l'utérus, il s'écoule une assez grande quantité de sang ; ou bien un suintement sanguin continu persiste ; malgré les injections chaudes vaginales ou intra-utérines, le liquide revient fortement teinté en rouge. Si l'hémorrhagie est de moyenne abondance et qu'on pratique le toucher, on arrive assez souvent sur un placenta en partie décollé qui se présente par sa face ou par un bord ; ce qui explique pourquoi il y a hémorrhagie externe. Il est facile de comprendre qu'en raison même de l'insertion du placenta, celui-ci se présentera plus souvent par sa face utérine ou par un bord, que par la face fœtale.

Enfin, dans certains cas, il n'y a pas d'hémorrhagie pendant la période de délivrance proprement dite, c'est-à-dire jusqu'à la sortie du délivre ; ce n'est qu'après qu'on observe une perte de sang plus ou moins considérable en rapport avec un défaut de rétraction du segment inférieur.

II

Conduite à tenir. — Il n'y a pour ainsi dire pas, à l'heure actuelle, de traitement prophylactique de l'insertion du placenta sur le segment inférieur : les notions pathogéniques sur cet accident sont peu nombreuses et parmi les causes bien nettes que l'on peut invoquer pour expliquer cette localisation du placenta, il n'en est guère auxquelles on puisse remédier ; ainsi, dans quelques cas extrêmement rares, il a semblé que l'insertion du placenta sur le segment inférieur était due à une malformation ou à une conformation particulière de l'utérus, par suite de laquelle la trompe venait s'aboucher de chaque côté au niveau du segment inférieur au lieu de se trouver au voisinage d'une des cornes ; le cloisonnement de l'utérus, signalé par quelques auteurs, échappe également à l'action prophylactique. Dans certains cas cependant quelques précautions peuvent jusqu'à un certain point être utiles : ainsi, d'après les observations de Pinard, il semble que l'insertion vicieuse soit plus fréquente chez les femmes qui font de petits voyages répétés pendant quelques semaines qui suivent la conception ; la trépidation du chemin de fer est à ce point de vue particulièrement nocive. Aussi est-il sage, pendant les premiers mois de la grossesse, que les femmes évitent les voyages répétés en chemin de fer. C'est surtout chez les multipares, ayant déjà présenté, à l'une des grossesses précédentes, des symptômes d'insertion vicieuse, que cette précaution s'impose ; cette complication s'observe beaucoup plus souvent chez les multipares que chez les primipares ; on sait en effet que, d'après Jacquemier et Schrœder, le placenta s'insère vicieusement, surtout, dans des utérus qui ont été déjà distendus par la grossesse et qui présentent une surface glissante due à des lésions anciennes de la muqueuse. S'il existe donc un traitement réellement prophylactique de l'insertion vicieuse, c'est de soigner les utérus malades avant qu'ils ne deviennent à nouveau gravides !

Arrivons au traitement réel de l'insertion vicieuse : les hémorrhagies extrêmement abondantes et graves qui peuvent accompagner cette complication ont de longtemps appelé l'attention des accoucheurs et c'est pour remédier à ces accidents que Guillemeau, Levret pratiquaient l'accouchement forcé.

Ces méthodes de violence ont fait leur temps et à l'heure actuelle on a recours à des procédés de traitement plus doux, en même temps que plus efficaces et basés sur une connaissance plus par-

faite du mécanisme de l'accouchement. Pour simplifier les choses, nous allons d'abord exposer la pratique suivie actuellement par le Pr. Pinard pour le traitement de l'insertion vicieuse et nous étudierons ensuite rapidement les autres procédés employés par d'autres maîtres, tels que le tamponnement et la version par manœuvres mixtes.

La femme peut perdre du sang dès les premiers mois de la grossesse ; nous avons vu que c'était là une cause fréquente d'avortement. Peu de chose à faire contre cette hémorrhagie des premiers mois de la grossesse : repos complet au lit, injections vaginales chaudes pour faire contracter le muscle utérin, et surtout grandes précautions à prendre pendant le cours de la grossesse. Parfois l'hémorrhagie est d'emblée si abondante ou si continue, que le décollement de l'œuf est inévitable et que l'avortement a lieu.

L'hémorrhagie peut n'apparaître que dans les derniers mois ou même dans les dernières semaines de la grossesse ; si elle est peu abondante, il suffit à la femme de garder le repos au lit et l'hémorrhagie s'arrête d'elle-même. Mais l'hémorrhagie peut être assez abondante d'emblée : il faut alors conseiller les injections vaginales chaudes à 48°, qui suffisent généralement à arrêter l'écoulement sanguin. L'hémorrhagie, au lieu d'être très abondante, peut devenir grave, par sa répétition et sa continuité ; la femme perd du sang presque continuellement ; elle pâlit et présente tous les symptômes de l'anémie aiguë. Les injections chaudes pourront n'être plus suffisantes, d'autant que chez cette femme, qui est déjà profondément anémiée, une perte de sang, même minime, pourra devenir extrêmement grave. C'est là d'ailleurs un fait très important au point de vue de la conduite à tenir dans le traitement de l'insertion vicieuse, aussi bien pendant la grossesse, que pendant le travail : c'est que certaines femmes, rendues exsangues par des hémorrhagies répétées ou abondantes, peuvent succomber rapidement à la suite d'une nouvelle déperdition sanguine, même peu abondante.

Aussi est-il sage de ne pas trop attendre : et lorsque pendant la grossesse, l'état de la femme commence à être sérieux, il faut, suivant la méthode de M. Pinard, pratiquer artificiellement la rupture des membranes. Pour cela, après avoir soigneusement désinfecté le vagin, on introduit un doigt ou deux à travers le col jusqu'à ce que l'extrémité des doigts se trouve en contact avec les membranes : on guide sur les doigts un perce-membrane dont l'extrémité pointue vient perforer les membranes. Il faut avoir soin d'agrandir cette petite ouverture avec le doigt et de rompre très largement les membranes de manière à ce qu'il n'y ait plus de tiraillement du placenta. Cette rupture des membranes avant tout début de travail est quelquefois difficile ; les membranes sont épaisses ; ou bien on arrive difficilement sur elles et ce n'est qu'après quelques tâtonnements qu'on les perçoit et qu'on évite les cotylédons placentaires. Si l'on éprouve quelque difficulté, il suffit de faire mettre la femme en travers du lit pour que cette manœuvre soit très simplifiée. — Si l'on n'a pas de perce-membranes à sa disposition, une paire de ciseaux, une aiguille à tricoter métallique, convenablement désinfectées, peuvent suffire à rompre les membranes. Généralement, après rupture des membranes, l'hémorrhagie s'arrête et le travail ne tarde pas à se déclarer ; si les membranes ont été déchirées bien largement, l'hémorrhagie ne se reproduit pas, et l'accouchement suit une marche normale. C'est en particulier ce que j'ai pu observer il y a un an environ chez la sœur d'un confrère qui, au cours de sa cinquième grossesse, présentait des hémorrhagies graves résultant d'une insertion vicieuse. Je la trouvai perdant du sang en assez grande abondance et déjà profondément anémiée ; je n'hésitai pas à rompre les membranes et quatre heures après, cette femme, chez laquelle n'existait aucun début de travail à mon arrivée, accouchait spontanément d'un enfant vivant.

Les choses ne vont pas toujours ainsi ; il peut arriver que les membranes rompues, le travail ne se déclare pas. Que faut-il faire ? Si l'état général de la femme est bon ou s'améliore, si elle ne perd pas, il faut attendre et se conduire en un mot comme dans les cas où la rupture prématurée des membranes a lieu spontanément, c'est-à-dire tenir la femme au lit, surveiller les caractères du liquide qui s'écoule par la vulve, prendre la température et intervenir, s'il y a de l'odeur du liquide ou de l'élévation de la température. Dans certains cas, la situation est autre : la femme est déjà profondément anémiée, elle ne doit plus perdre de sang : il y a intérêt alors, après avoir rompu les membranes, à introduire dans la partie inférieure de l'utérus un ballon de Champetier de Ribes qui servira à la fois de tamponnement et d'agent provocateur du travail.

III

Conduite à tenir au cours du travail. — Lorsque la femme est en travail, la conduite à tenir est plus simple encore ; car la rupture artificielle des membranes qui donne de si bons résultats au point de vue de l'arrêt du travail, est facile à pratiquer ; on y a recours d'autant plus volontiers qu'on ne craint pas, comme pendant la grossesse, d'interrompre trop tôt le cours de la grossesse. Toutefois, il ne faut pas d'emblée rompre les membranes ; si l'hémorrhagie est peu abondante, les injections vaginales chaudes suffisent à l'arrêter ; si cependant l'écoulement sanguin reparaît, quel que soit l'état de la dilatation, il faut rompre les membranes.

Cette petite intervention suffit-elle à arrêter l'hémorrhagie ? Oui, dans l'immense majorité des cas. Si, malgré la rupture des membranes, l'hémorrhagie persiste, c'est que l'ouverture pratiquée aux membranes n'est pas suffisante, qu'il faut l'agrandir pour qu'il n'y ait plus de traction exercée sur le placenta. Toutefois, malgré une brèche assez large faite aux membranes, l'hémorrhagie peut persister ou réapparaître, bien qu'il n'y ait pas de traction exercée sur le placenta ; elle provient du décollement du placenta produit par la pression à frottement de la partie fœtale qui s'engage.

Si cette hémorrhagie est sérieuse, il faut se hâter de compléter la dilatation à l'aide du ballon de Champetier de manière à empêcher le décollement du placenta : on terminera l'accouchement lorsque la dilatation sera complète par le forceps, ou la version s'il y avait présentation de l'épaule.

Lorsque la femme perd du sang et qu'il y a une présentation du siége, complet ou décomplété, on va à la recherche d'un pied ou l'abaisser, si toutefois la dilatation le permet et on attend que

CORRESPONDANCE
(*Suite*)

L'adjoint fournit des pierres à la commune et je lui mandate ce qui lui est dû.
Voilà la jurisprudence et la loi. J'en suis absolument sûr.

D' E. Lécuyer,
de Beaurieux (Aisne).

Dr C., à N. (Loire-Inférieure). — Nous avons transmis le 26 mai, vos lettres du 11 et du 24 mai à M. le Dr *Lande*, en le priant d'entrer en correspondance avec vous, au sujet de vos observations sur la *Caisse des pensions de retraite*. C'est M. Lande qui a fait les calculs sur lesquels elle repose et qui est à même d'éclaircir les points sur lesquels vous demandez à être renseigné. S'il y a lieu et d'accord avec M. Lande et vous, nous publierons ce que vous jugerez utile.

Dr T., à N. — Le n° spécial consacré à la *Caisse des pensions de retraite*, fondée par le Concours médical, doit vous servir à propager l'œuvre. Nous prions tous nos confrères de le communiquer aux médecins qui, par erreur des annuaires, ne l'auraient pas reçu, et surtout aux jeunes gens qui ont une faible prime à payer, s'ils s'affilient de bonne heure. Nous vous remercions de vos efforts pour procurer des adhérents au Concours médical. Puisque nous versons au capital inaliénable de notre société, les 10 fr. de la 1re année d'abonnement, **procurer cent adhérents c'est doter notre capital de mille francs en plus des 34 mille francs qui le constituent.**

Dr C., à St-C.-L. — Votre lettre, annonçant la création du syndicat de *Saintonge et Blaisois*, sera publiée à son ordre. A quand votre adhésion à l'*Union* ?

Dr J. O. — Il est très probable qu'en vue du vote de la loi Chevandier par la Chambre, on va abandonner l'article relatif à l'exercice de la médecine par les pharmaciens et le renvoyer à la loi sur l'exercice de la pharmacie. Par conséquent, en attendant le vote de cette loi, les médecins continueront à vivre sous le régime de la loi de ventose an XI qui ne fixe pas de distance et permet l'exercice de la pharmacie à tout médecin qui n'a pas d'officine dans sa résidence.



SERVICE DES NOURRICES SUR LIEUX

Quand on désire, dans le but de rendre service à une nourrice, lui procurer une nourriture sur lieux, dans la famille d'un nourrisson, il suffit de remplir un des bulletins que nous envoyons dans ce but et de l'adresser à l'Administrateur du *Concours médical*, 23, rue de Dunkerque. (Lui en réclamer, si on n'en possède pas.) Ce bulletin rempli, la nourrice doit se procurer : 1° Un certificat médical que délivre le médecin-inspecteur des enfants en bas âge, constatant son aptitude comme nourrice ; 2° un certificat du maire de sa commune que lui délivre le secrétaire de la mairie. Alors elle attend d'être avisée par Madame Monod qu'elle peut partir. Dès son arrivée, Madame Monod, directrice du service de placement de nourrices du *Concours médical*, rue Pascal, 13, après avoir rempli les formalités administratives, s'occupe de lui trouver une famille. Mais la postulante peut attendre plusieurs jours, avant d'être placée ; car cette éventualité dépend de sa physionomie, de ses aptitudes nourricières et aussi des caprices des familles. Ces délais sont dans la nature des choses.

En ce qui concerne les **nourrissons au sein à emporter** *en province et les* **nourrissons au biberon**, *nous avons dit, à bien des reprises, depuis plusieurs années, que nous avions renoncé à ce* **service** *qui a présenté trop de difficultés lorsque nous l'avons pratiqué pendant deux années.* **Donc ne pas remplir de bulletins en vue de nourrisson au sein à emporter,** *et* **nourrisson au biberon.**

Telles sont, paraît-il, les décisions de la *commission* présidée par M. *Chevandier* de concert avec celle du Sénat, présidée par M. *Cornil*.

Dr X. — Vous vous êtes mis dans une situation embarrassante. Le don manuel n'est assujetti à aucune forme et résulte de la remise de l'objet ou du titre, à la condition que le dessaisissement du donateur soit définitif et sans réserve aucune. La réserve de l'usufruit serait une cause de nullité. Le donataire en possession des objets donnés n'est pas affranchi de la preuve du don manuel, et cette preuve ne peut être faite par témoins, si l'objet donné est d'une valeur supérieure à 150 fr., à moins qu'il existe un commencement de preuve par écrit. Dans votre cas, la preuve, si elle est demandée, paraît impossible et par suite les héritiers pourraient faire rentrer, dans la succession, les valeurs données (avis de notre conseil judiciaire, M. Lordereau).

Membres du Concours exerçant dans les stations thermales.

Bains (Vosges.)
Pommageot.
Bondonneau (Drôme).
Cazenave de la Roche.
Bourbon-Lancy.
Goëde.
Cauterets.
Duhourcau. — Miquel-Dalton. — Pedebidou. — Bordenave.
Capvern-les-Bains.
Claverie.
Enghien-les-Bains.
Callias.
Evian-les-Bains.
Rocque. — Cazy.
Gérardmer.
Greuell.
La Bourboule.
Meneau. — Noir. — Veyrières.
Lamalou-l'Ancien.
Donadieu.
Luxeuil
Barbaud.
Mont-Dore.
Geay. — Tardieu.
Motte-les-Bains (Isère).
De Langenhagen.
Néris-les-Bains.
Morice. — Allot.
Pougues-les-Eaux.
Mignot.
Royat.
Puy-le-Blanc.
St-Honoré-les-Bains.
Marius Odin. — Comoy.
Salles de Béarn.
Vigneau.
Salins.
Compagnon.
St-Sauveur.
Sabail.
Ussat-les-Bains.
Cenac.
Vals.
Lagarde.
Vichy.
Aurillac. — Buffard. — Charnaux. — Grellety. — Therre. — Veillon.

la dilatation se complète avant de terminer l'extraction du fœtus.

Lorsqu'il existe une présentation de l'épaule, si la dilatation n'est pas complète, on peut recourir à la version, par manœuvres combinées, qui consiste, à travers un orifice incomplètement dilaté, à aller saisir un pied et à l'amener dans le vagin à travers l'orifice utérin. C'est là une méthode qui donne de bons résultats. Elle ne nous paraît cependant pas suffisamment utile pour justifier la conduite des accoucheurs qui, même dans la présentation du sommet non engagé, vont aussi à la recherche d'un pied et transforment ainsi en une présentation du siège cette présentation du sommet.

Nous avons vu combien les hémorrhagies étaient fréquentes au moment de la délivrance chez les femmes chez lesquelles le placenta est inséré vicieusement : il faut donc être prêt à toute éventualité, avoir à l'avance huit à dix litres d'eau bouillie chaude avec lesquelles on fera des injections vaginales ou intra-utérines qui suffisent à arrêter l'hémorrhagie dans la pluralité des cas. Si toutefois le suintement sanguin continue, il ne faut pas hésiter à pratiquer la délivrance artificielle et à assurer ensuite l'hémostase utérine à l'aide d'irrigations chaudes.

Lorsque la délivrance se fait naturellement, il faut avoir soin de n'exercer aucune traction sur le cordon : la délivrance par expression est préférable pour éviter la rétention des membranes.

Nous n'avons point parlé à dessein de la méthode du tamponnement qui, depuis Leroux, a joui d'une si grande vogue : c'est que le tampon, même fait avec toutes les précautions antiseptiques, n'empêche pas toujours l'hémorrhagie, qu'il est douloureux et qu'il produit du côté des organes génitaux des éraillures multiples.

Nous terminerons cette étude de l'insertion vicieuse du placenta en rappelant que les femmes, chez lesquelles se présente cette complication, sont plus exposées que d'autres à la septicémie — parce qu'elles perdent souvent du sang et qu'en outre la situation qu'occupe la plaie placentaire de la cavité utérine, la rend plus accessible à l'ensemencement microbien.

Dr G. Lepage.

HYGIÈNE

Instructions populaires sur la nécessité de détruire les crachats par le feu ou l'eau bouillante dans toutes les maladies qui amènent l'expectoration,

Par le docteur Armaingaud (de Bordeaux).

Le docteur Armaingaud est un vulgarisateur infatigable des préceptes d'une sage hygiène. Il lutte sans trêve contre l'ignorance, l'apathie ou le mauvais vouloir des masses. Convaincu que l'obligation ou la prescription de détruire les crachats d'un tuberculeux, par le médecin, équivaut pour celui-ci à la révélation d'un mal qu'il sait incurable, il voudrait, dans un but de pitié et de compassion, mais aussi dans un but de prophylaxie bien comprise, que les crachats expectorés par n'importe quel malade fussent détruits par le feu ou par l'eau bouillante ; les crachats d'un diphtérique, d'un rubéoleux, d'un coquelucheux, d'un pneumonique, peuvent, aussi bien que les crachats d'un tuberculeux, devenir la source et l'origine d'une contagion.

Voici les instructions populaires rédigées par l'éminent professeur agrégé de la faculté de Bordeaux ; nous y applaudissons sans réserve :

« I. Tout malade atteint ou venant d'être atteint d'une maladie des voies respiratoires donnant lieu à une expectoration plus ou moins abondante, doit éviter avec soin de cracher sur le sol des appartements, planchers, carreaux, tapis, etc.

« II. Il doit même éviter, autant que possible, de cracher dans un mouchoir ou dans une serviette.

« III. Son expectoration devra être rejetée dans un crachoir *contenant une petite quantité d'eau* et non pas une substance pulvérulente.

« IV. Le contenu du crachoir devra, chaque soir, après avoir été mêlé, *au dernier moment*, avec une substance pulvérulente facilement combustible (de la sciure de bois, par exemple), être jeté au feu et brûlé avec soin ou tout au moins être versé dans les fosses d'aisances, après avoir été plongé dans de l'eau bouillante additionnée de carbonate de soude (15 grammes par litre d'eau).

« V. Le crachoir lui-même devra être plongé dans cette eau bouillante carbonatée et lavé avec grand soin.

« VI. Quand le malade n'aura pu éviter de cracher dans un mouchoir, celui-ci devra également être plongé, le jour même et avant d'être remis au blanchissage, dans l'eau bouillante carbonatée, pendant plusieurs minutes. »

MÉDECINE PUBLIQUE

Des premiers soins à donner aux personnes blessées ou indisposées sur la voie publique.

(Instruction du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine.)

1° Dans tous les cas, relever le blessé ou le malade avec précaution, et le conduire, ou le transporter sur un brancard, au poste le plus voisin, ou dans le lieu le plus rapproché où il puisse être secouru.

2° En cas de plaie, si le médecin tarde à arriver, et s'il paraît y avoir du danger, il faut découvrir doucement la partie blessée, en coupant, s'il est nécessaire, les vêtements avec des ciseaux, afin de s'assurer de l'état de la blessure. On lavera celle-ci avec des tampons d'ouate hydrophile trempée dans la solution phéniquée et on la recouvrira avec de la gaze iodoformée ou avec de la gaze au salol, maintenue par du coton et une bande.

3° S'il n'y a qu'une simple coupure et que le sang soit arrêté, on doit rapprocher les bords de la plaie et les maintenir en cet état à l'aide de baudruche gommée ou de sparadrap.

4° En cas de contusion ou de bosse sanguine, il faut appliquer, sur la partie, des compresses imbibées d'eau fraiche, avec addition d'extrait de saturne, une cuiller à café d'extrait de saturne, pour un verre d'eau ; à défaut d'extrait de saturne, on peut mettre du sel commun. Ces compresses seront maintenues en place au moyen

d'un mouchoir ou de tout autre bandage, médiocrement serré, et on les arrosera fréquemment, afin de les tenir humides, avec le mélange indiqué ci-dessus.

5° S'il y a perte de sang abondante ou hémorrhagie par une plaie, on devra chercher à l'arrêter, en appliquant sur cette plaie soit des morceaux d'amadou, soit des gâteaux de charpie, soutenus au moyen de la main, d'un mouchoir ou de tout autre bandage, qui comprime suffisamment, sans exagération.

Si le sang s'échappe très abondamment, et que le blessé soit pâle, défaillant, on exercera une forte compression sur la plaie par-dessus le pansement et à l'aide d'une bande hémostatique en caoutchouc.

6° Si le blessé crache ou vomit du sang, il faut le placer sur le dos ou sur le côté correspondant à la blessure, la tête et la poitrine légèrement élevées, doucement soutenues, et lui faire prendre, par petites gorgées, de l'eau fraîche ou mieux encore de petits fragments de glace.

Les plaies qui fournissent aussi du sang seront fermées au moyen d'un morceau de gaze au salol posé sur elles, et d'une couche de compresses d'ouate hydrophile et d'un bandage. Des compresses trempées dans de l'eau fraîche pourront, en outre, être appliquées sur la poitrine et sur le creux de l'estomac.

7° Dans le cas de brûlure, il faut conserver et replacer avec le plus grand soin les parties d'épidermes soulevées ou en partie arrachées, ou les recouvrir de vaseline boriquée.

On percera les ampoules avec une épingle, et on en fera sortir le liquide. On couvrira ensuite la partie brûlée avec du coton hydrophile.

8° Dans le cas de foulure ou d'entorse, il faut plonger, s'il est possible, la partie blessée dans un vase rempli d'eau fraîche et l'y maintenir pendant très longtemps, en renouvelant l'eau à mesure qu'elle s'échauffe. Si la partie ne peut être plongée dans l'eau, il faut la couvrir ou l'envelopper de compresses imbibées d'eau, que l'on entretiendra au moyen d'un arrosement continuel.

9° Dans toute lésion d'une jointure, il faut éviter avec le plus grand soin de faire exécuter au membre malade aucun mouvement brusque et étendu. On placera et on soutiendra ce membre dans la position qui occasionne le moins de douleur au blessé, et l'on attendra ainsi l'arrivée du chirurgien.

10° Dans le cas de fracture, il faut éviter aussi d'imprimer au membre aucun mouvement ; pendant le transport du blessé, on doit le porter ou le soutenir avec la plus grande précaution.

S'il s'agit du bras, de l'avant-bras ou de la main, on placera le membre dans la gouttière destinée à cet usage.

Si la lésion existe à la cuisse ou à la jambe, il importe, avant tout, d'immobiliser le membre tout entier, en le plaçant dans une gouttière préalablement garnie d'ouate.

11° Dans le cas de syncope ou perte de connaissance, il faut tout d'abord desserrer les vêtements, enlever ou relâcher tous les liens qui peuvent comprimer le cou, la poitrine ou le ventre. On couchera ensuite (1) le malade horizontalement et on s'efforcera de le ranimer au moyen de fortes aspersions d'eau fraiche sur le visage, de frictions avec du vinaigre sur les tempes et autour du nez. On pourra passer rapidement un flacon d'ammoniaque sous les narines, on fera des frictions sur la région du cœur avec de l'alcool camphré ou toute autre liqueur spiritueuse : ces secours doivent quelquefois être prolongés longtemps avant de produire le rappel à la vie. Si le malade a perdu beaucoup de sang et s'il est froid, il faut réchauffer son lit et pratiquer par-dessous la couverture, et sur tout le corps, des frictions avec de la flanelle.

Lorsque la syncope commence à se dissiper et que le malade reprend ses facultés, on peut lui faire avaler de l'eau sucrée avec quelques gouttes d'alcool de mélisse ou de vulnéraire.

Lorsque la perte de connaissance se complique des blessures considérables au crâne, il faut se contenter de placer le blessé dans la situation la plus commode, la tête médiocrement soulevée et soutenue avec soin, maintenir la chaleur du corps, surtout des pieds, en attendant l'arrivée du médecin.

Si le blessé est dans un état d'ivresse qui paraisse dangereux par l'agitation extrême qu'il excite, ou par l'anéantissement profond des forces qu'il détermine, on peut lui administrer par gorgées, à quelques minutes d'intervalle, un verre d'eau légèrement sucrée, avec addition d'une cuillerée à café d'acétate d'ammoniaque. L'administration de cette préparation pourra être répétée une fois, s'il en est besoin.

Il importe de se rappeler qu'un nombre trop grand de personnes, autour des individus blessés ou autres qui ont besoin de secours, est toujours nuisible. Pour être efficaces, ces secours doivent être donnés avec calme, et appropriés exactement aux différents cas spécifiés dans la présente instruction.

(1) Ne serait-il pas préférable de commencer par coucher le malade horizontalement et la tête basse ? (*N. D. L. R.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les chambres médicales en Autriche-Hongrie

Le parlement d'Autriche-Hongrie a voté une loi qui place les médecins autrichiens dans une situation analogue à nos avocats en France ; c'est-à-dire qu'elle crée un véritable *conseil de l'ordre des médecins*.

Voici les dispositions essentielles de cette loi :

Tout médecin autorisé à exercer son art, à l'exception des médecins militaires et des médecins fonctionnaires, à moins qu'il n'ait formellement renoncé à cet exercice, doit, en vertu de la présente loi, informer la Chambre médicale dans le ressort de laquelle il s'établit ; il doit lui faire connaître le changement de domicile dans un délai de quatorze jours, et répondre aux questions que la Chambre aurait à lui poser.

Les médecins qui, pour pratiquer la médecine, font un séjour de quelque durée en dehors du ressort de leur Chambre (médecins d'eau, etc.), doivent en informer leur Chambre et celle de laquelle dépend la localité où ils se rendent.

Les Chambres médicales seront appelées à discuter et à formuler des conclusions sur toutes les affaires qui touchent les intérêts géné-

raux de la profession médicale, ses devoirs, son but, la dignité et la considération du corps médical, le développement de l'hygiène et les règlements sanitaires ; à entrer en relations avec les médecins de la circonscription et avec les autres Chambres médicales, à adresser des mémoires aux représentants de l'autorité et à faire au gouvernement império-royal les propositions que lui auront adressées les pouvoirs politiques régionaux.

Les Chambres médicales donneront leur avis aux autorités sur les questions qui sont de leur compétence ; elles les aideront dans la réglementation des questions sanitaires, particulièrement lorsqu'il s'agira d'y faire participer le corps médical.

D'autre part, les autorités devront donner aux Chambres médicales l'occasion d'exprimer leur avis sur toutes les affaires qui rentreraient dans le cercle de leurs attributions. Des délégués des Chambres médicales assisteront comme membres extraordinaires aux discussions des conseils sanitaires régionaux lorsque celles-ci auront trait à quelque question de leur compétence.

Chaque Chambre comprendra au moins neuf membres nommés par les médecins du ressort. Un suppléant est nommé pour chaque membre. (La loi entre ensuite dans les détails du mode de nomination. Il suffira de dire que : est électeur et éligible tout médecin qui exerce. Le corps médical jouit, dans cette circonstance, d'une complète autonomie, les pouvoirs politiques n'intervenant que pour assurer la régularité matérielle de l'élection.)

Sont déchus du droit de vote et d'éligibilité :

1° Tous les médecins qui, d'après les lois existantes, sont privés des droits électoraux politiques ;

2° Ceux que la Chambre médicale déclare privés du droit d'être électeur ou élu ou qui seront soumis par elle à une enquête au point de vue de l'honneur.

Le mandat ne devra pas être refusé sans motifs valables, et il durera trois années ; au bout de ce temps, les mandataires devront expédier les affaires jusqu'à la nomination de leurs successeurs.

Les mandataires sortants sont rééligibles, mais ils ne sont pas tenus d'accepter le mandat lorsqu'ils sont nommés une seconde fois. Les médecins âgés de plus de 60 ans peuvent aussi refuser le mandat.

En cas de refus de mandat pour d'autres motifs, le bureau décide. Il peut, en cas de refus persistant, pour motif jugé non fondé, prononcer la perte des droits électoraux.

Le bureau de la Chambre médicale, nommé par elle et comme elle pour trois ans, comprend un président, un vice-président et de trois à sept membres. Il ne peut valablement prendre une décision que lorsque plus de la moitié de ses membres sont présents à la séance.

Le président est chargé de représenter la Chambre, de faire les convocations et de présider les séances.

Le bureau expédie les affaires courantes, veille à l'inscription des médecins praticiens, entretient des relations avec les autorités et les autres Chambres ; il doit rendre compte de son mandat chaque année. La fonction de membre du bureau est purement honorifique. La moitié au moins des membres du bureau doivent résider au siège de la Chambre médicale ou à son voisinage.

Le bureau est constitué en tribunal d'honneur dans les contestations et les différends qui s'élèvent entre médecins, toutes les fois qu'un autre tribunal n'est pas particulièrement compétent. Lorsque le bureau fait fonctions de tribunal d'honneur, la présence des trois quarts des membres et une majorité des deux tiers des membres présents sont nécessaires.

Lorsqu'un médecin faisant partie de la Chambre médicale se sera conduit d'une façon indigne de la profession, lorsqu'il aura manqué aux devoirs qui lui incombent comme membre de cette Chambre, le tribunal d'honneur, après constatation du fait par une information régulière, peut prononcer les peines de l'avertissement et, en cas de récidive, du blâme. Dans les cas graves, il peut condamner à une amende allant jusqu'à 200 florins, et enfin il peut suspendre temporairement ou retirer définitivement les droits électoraux pour la Chambre médicale.

(A propos de ces peines disciplinaires on remarquera qu'il n'est pas question de la suspension du droit à l'exercice de la médecine. Tout se réduit, suivant les cas, à des avertissements, à des blâmes, à des amendes, et enfin à la privation des droits électoraux).

Le prévenu, avant le prononcé de la sentence, a le droit de se disculper, et il peut, en cas de condamnation, en appeler auprès des pouvoirs publics régionaux.

Si la Chambre médicale sortait de ses attributions ou prenait des décisions contraires aux lois et ordonnances, les pouvoirs publics ont le droit de la rappeler à l'ordre et au besoin de la dissoudre pour faire procéder à de nouvelles élections. La Chambre a le droit d'en appeler au ministre de l'intérieur, mais sans que cet appel ait un effet suspensif.

La présente loi n'est pas applicable aux médecins militaires en activité de service, ni à ceux qui sont fonctionnaires politiques.

Le ministre de l'intérieur est autorisé, en se conformant aux dispositions précédentes, à en assurer l'exécution par voie de décrets.

BULLETIN DES SYNDICATS

L'opinion de M. le Doyen Brouardel sur les Syndicats et la loi Chevandier.

Messieurs,

Le corps médical subit en ce moment une épreuve redoutable. Sa réputation, ses agissements sont publiquement mis en discussion dans les Assemblées législatives. La vieille loi de Ventôse va prochainement expirer à l'âge de 90 ans. Une nouvelle va naître. Espérons que celle-ci assurera à la profession un avenir moins précaire.

Ce n'est pas le lieu d'exposer en ce moment les divers articles de la future loi. Mais il en est un qui a semblé à divers membres du Parlement nous toucher de plus près. C'est celui qui autorise les médecins à se constituer en syndicats. Il a été vivement discuté dans l'enceinte du Sénat et je ne vous dissimulerai pas que les médecins ont dû entendre, je dirais volontiers par euphémisme, de dures vérités, si à celles-ci ne se mélangeaient à

une trop forte dose des inexactitudes, des défiances injustifiées.

Heureusement, nous avons trouvé, non pas dans notre sein, — ils auraient été suspects, — mais parmi les membres du cabinet et parmi les orateurs du Sénat, des défenseurs dont les discours inspirés par un souffle généreux ont fait revivre les traditions de dévouement, de désintéressement du corps médical tout entier. Que M. Loubet, président du Conseil, et M. Trarieux, sénateur de la Gironde, reçoivent ici l'expression de notre vive reconnaissance.

Ce qui ressort de ce débat, c'est que les divers orateurs qui ont pris part à la discussion n'ont peut-être pas compris et n'ont pas su mettre en relief la différence qui existe entre le but poursuivi par les promoteurs des syndicats, et celui que nous voulons atteindre sous l'inspiration de notre fondateur Orfila.

Les syndicats sont nés le jour où le médecin a trouvé devant lui une sorte de coalition des intérêts dits généraux menaçant sa position ou l'obligeant à abaisser le taux de ses honoraires ; de telle façon qu'il devait renoncer à l'espoir d'assurer à sa famille, à ses enfants, le rang social que lui-même avait acquis par son labeur. Des exemples trop démonstratifs ne laissent aucun doute sur ce point. Il est telle ville de province, et même plusieurs grandes villes où tous les citoyens ont constitué une ou plusieurs Sociétés de secours mutuels dans lesquelles ils sont tous inscrits, imposant ainsi à tous les médecins un tarif d'honoraires absolument dérisoire.

Il y a eu ce cas une coalition des intérêts privés contre les intérêts médicaux ; il serait inique d'empêcher nos collègues de se grouper pour opposer une résistance collective à une prétention qui aurait pour eux les plus graves conséquences. Je me contente d'indiquer ce point de départ. L'exposé complet de ces questions nous entraînerait trop loin.

Dans leurs projets de statuts, les syndicats ont très légitimement indiqué deux autres buts et c'est là qu'est née la confusion avec les Associations. Ils veulent, comme les associations, moraliser la profession, lutter contre l'exercice illégal. L'un des honorables sénateurs frappés par ces deux considérations, a demandé que, de par la loi, un syndicat fût constitué par département et qu'il fût obligatoire au médecin d'en faire partie. Il ajoutait qu'il y aurait ainsi une organisation analogue à celle du barreau, du Conseil des avocats et que les médecins disqualifiés par leurs actes professionnels seraient éliminés de notre corps.

Si l'opinion publique admet les jugements rendus par les conseils de discipline des avocats, c'est que leurs actes publics ou même accomplis dans leur cabinet doivent être portés devant des juges qui constatent que l'avocat s'est ou ne s'est pas conformé à la règle qui lui a été imposée. Cette sanction nous manque. De plus, ne voit-on pas quelle défiance inspireraient les arrêts d'un tribunal exceptionnel composé de médecins jugeant des médecins. La littérature de tous les peuples, de tous les siècles contient des exemples de la « *Pessima invidia medicorum* ». Condamnés, nos confrères seraient tenus pour victimes de cette jalousie ; acquittés, on dirait : « Bah ! entre confrères ! »

Enfin, si pour la défense de certains intérêts, il peut être bon de sacrifier une part de sa volonté personnelle à celle de la majorité, il faut avouer que ce n'est qu'une arme pour la lutte et je ne verrais pas sans crainte, inscrite sur le diplôme des médecins, l'obligation professionnelle, j'allais dire l'engagement, de renoncer à sa propre volonté, pour suivre celle de la collectivité. Il y a là un abaissement de la personnalité qui mènerait fatalement à diminuer la part de responsabilité individuelle qui est notre bien, notre honneur et notre guide conscient dans la vie.

J'admets comme incontestable que la réunion en syndicat des médecins qui acceptent d'entrer dans ces sociétés, mais qui sont libres d'en sortir, tiendra dans la bonne voie quelques confrères que tenteraient les chemins de traverse, mais ce n'est pas le caractère propre des syndicats. Ils répondent, dans des circonstances données, à la nécessité de défendre des intérêts. C'est leur raison d'être. La nôtre est différente. Les points de contact sont la moralisation de la profession, la lutte en certains cas contre l'exercice illégal ; mais notre idéal, celui que nous entrevoyons, est d'assurer l'existence de celui qui, battu, épuisé par la maladie, succombant sous le poids de l'âge, se trouve dans une situation telle qu'il ne peut plus assurer sa vie propre ou celle de sa famille. Nous offrons à sa veuve, à ses enfants, une nouvelle famille, la famille médicale qui ne lui demande pas : Avez-vous bien géré ou mal géré votre fortune ? Avez-vous été prévoyant ? mais seulement : Avez-vous besoin de nous ? Vous avez pensé, en entrant dans notre association, plus à votre famille qu'à vous-même. Vous lui manquez, nous vous remplaçons.

Nos voies sont donc absolument distinctes ; elles ont des carrefours communs. Elles ne se confondent pas. Il n'y a pas intérêt à laisser subsister des interprétations qui manquent de précision. Nous ne sommes pas constitués, nous ne sommes pas outillés pour lutter contre les coalitions d'intérêts privés ou collectifs, les syndicats le sont. Nous sommes nés et nous vivons pour écarter la misère du chevet de nos confrères et de leurs familles.

Nous faisons d'ailleurs, sans réserve, des vœux pour que les syndicats atteignent leur but. Nous plaçant même sur un terrain très égoïste, nous sommes convaincus que celui qui prévoit pour lui est bien près de prévoir pour sa famille. Nos intérêts sont solidaires et non pas contradictoires. Nos œuvres se complètent.

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure

Séance trimestrielle du 29 janvier 1892.

Présidence de M. Porson, président.

Sont présents : MM. Porson, Destez, Luneau, Samson, Gaboriaud, Joüon, Chachereau, Guillou, Olive, Redureau, Potonnier, Josso, Toché, Ménager, Pérochaud, Lacambre, Perrion, Blaizot.

M. le Président, dans une allocution émue, rend hommage à la mémoire du docteur Berneaudaux, président honoraire de notre association. Il déplore sa perte irréparable et d'unanimes applaudissements prouvent qu'il a été l'interprète fidèle des sentiments de tous.

M le Président communique une lettre de M. le Président du Syndicat médical du Finistère, dans laquelle celui-ci lui fait connaître les efforts qu'il tente pour donner une nouvelle vie à son Syndicat, en s'inspirant de l'exemple que donne celui de la Loire-Inférieure, à l'activité duquel il rend hommage.

M. le Président prie les membres du Syndicat qui auraient connaissance de faits précis à la charge d'un individu de Nantes, dont il donne le nom et l'adresse, de bien vouloir les communiquer au Bureau.

Une plainte a été déposée au Parquet, par M. le Président, au sujet d'un fait qui lui a été signalé.

La veuve du docteur Thuillier, de Blain, mort victime du devoir professionnel, avait été recommandée par M. le Président à M. le Préfet, pour l'obtention d'un bureau de tabac. Cette faveur lui a été accordée et notre Président en a été informé directement par la Préfecture. Une lettre

officielle de remerciement a été adressée à M. le Préfet, par notre Secrétaire général.

M. Guillou soulève la question de savoir si l'Administration des hôpitaux de Nantes a le droit de refuser un malade porteur d'un billet d'un médecin quelconque, ainsi que cela a été fait pour deux de ses clients. Des observations échangées à ce sujet entre MM. Ménager, Olive, Luneau, Guillou et M. le Président, il ne ressort nettement qu'une chose, c'est que les Hôpitaux de Nantes sont souvent insuffisants, ce qui est déplorable.

Il est décidé que M. le Secrétaire-général écrira à l'Administration des Hospices afin de savoir quelles sont les formalités à remplir pour qu'un malade puisse être admis dans les Hôpitaux de Nantes. Le Syndicat pourra se charger de faire connaître à tous les médecins de Nantes, les conditions d'admission imposées par l'Administration des Hospices.

M. Chachereau, syndic chargé des rapports avec les Sociétés de secours mutuels, donne communication d'une lettre du secrétaire de la Société des Corporations diverses (Anciens patrons menuisiers), qui demande qu'il soit fixé une rétribution supplémentaire moyennant laquelle les médecins consentiraient à visiter les malades demeurant hors l'octroi.

Le Syndicat, appliquant sur ce point le tarif élaboré pour les agents de la Compagnie du chemin de fer d'Orléans, fixe à la moitié en plus de la rétribution allouée au médecin, la somme supplémentaire qu'auront à payer les Sociétaires habitant hors l'octroi, dans l étendue de un kilomètre.

M. Chachereau résume en quelques mots l'exposé qu'il vient de faire, à la séance de l'Association de secours mutuels des médecins de la Loire-Inférieure, des Caisses de pensions de retraite en général, et de la Caisse du docteur Lande en particulier.

Il continue à s'occuper activement de ces questions et prend des mesures pour faire à cette œuvre une propagande efficace pour le plus grand bien de ses confrères.

Le Secrétaire des séances, Dr Blaizot.

REPORTAGE MÉDICAL

Infirmiers militaires et officiers. — Un officier, soigné au Val-de-Grâce, inflige des arrêts à un infirmier qui ne l'a pas appelé « mon lieutenant ». Le médecin en chef lève la punition. Plainte de l'officier au gouverneur de Paris qui donne raison au médecin. La plainte est portée en dernier ressort au ministre; la commission nommée s'est prononcée à l'unanimité contre l'officier, décidant ainsi qu'un infirmier ne peut dépendre du malade auquel il donne des soins.

— Nous avons publié, dans le n° 19 du *Concours* à correspondance, une lettre du Dr Demay nous annonçant qu'il venait de faire arrêter une femme qui avait commis des escroqueries au préjudice de plusieurs médecins. Notre confrère nous écrit que la femme Valette, se faisant appeler femme Lefebvre, a été condamnée le 27 mai dernier à quatre mois de prison par la 6e chambre correctionnelle.

— Il y a quelques jours, un confrère de province nous écrivait qu'un nommé Figuet, rebouteur et guérisseur de cancers à Aumont (Jura), venait de quitter le pays en annonçant bien haut qu'il allait à Paris expérimenter son secret dans une salle de l'hôpital Saint-Louis qu'on mettait à sa disposition; son but était de se préparer ainsi une rentrée triomphale au pays au bout de quelque temps. Sur le désir exprimé par notre confrère, nous sommes allés aux renseignements à Saint-Louis, où le Directeur nous a affirmé que la chose était fausse et impossible, comme nous en étions sûr à l'avance : non seulement ce Figuet n'était pas venu à Saint-Louis comme guérisseur, mais il n'y était pas même venu comme malade, ce qui aurait été plus vraisemblable et extrêmement comique.

— *Ligue pour le libre exercice de la médecine.* — Voici que part en guerre l'armée disparate et nombreuse des rebouteurs, magnétiseurs, médiums, somnambules, masseurs et guérisseurs divers non diplômés des Facultés ; tous ceux qui, de près ou de loin, craignent d'être poursuivis pour exercice illégal de la médecine, lorsque les syndicats médicaux seront reconnus par la loi, engagent la lutte avec une ardeur quasi-rageuse. Rien ne pouvait venir plus à propos pour démontrer à nos confrères sceptiques que les syndicats médicaux pourront être efficaces pour la répression de l'exercice illégal de la médecine : quand les rats sortent de leurs trous et s'agitent, c'est qu'ils sentent venir l'inondation.

Les adhérents ont publié un manifeste que nous ne discuterons pas, n'ayant pas de temps à perdre : chacun sait que si l'on exige des études sérieuses de ceux qui veulent exercer la médecine, c'est uniquement dans l'intérêt des malades ; c'est une vérité que tous les raisonnements du monde n'arriveront pas à ébranler.

Le moment paraît d'ailleurs inopportun, car on s'occupe un peu partout de protéger la santé publique. En Amérique, où existe le libre exercice, les médecins sont déconsidérés au dernier des points, et un grand nombre peuvent être comparés, pour la science et la façon d'agir, à ceux qui pratiquent en France l'exercice illégal de la médecine.

En Belgique, le Parlement vient de défendre sous des peines très sévères la pratique de l'hypnotisme, sauf par les docteurs en médecine ou par les personnes ayant obtenu l'autorisation du gouvernement.

Quant aux masseurs, ils peuvent être d'utiles auxiliaires de la médecine ; et il serait à désirer qu'on créât des écoles spéciales de massage, comme on a créé des écoles d'infirmiers.

— *Honoraires payés en billon.* — Une veuve T... devant 140 francs à son médecin avait accepté de se libérer par acomptes mensuels de 10 francs. Au premier paiement, elle apporte cinq francs en pièces de cinq centimes, et cinq francs en pièces de un centime ; un peu ahuri, le confrère accepte néanmoins ce paiement. Mais le mois suivant, la veuve T... vient faire un second versement, dix francs en pièces de un centime ; cette fois, le médecin refusa net. Le juge de paix, s'appuyant sur l'article 3 du décret du 19 août 1810, qui dit que la monnaie de billon ne doit être employée dans les paiements que pour l'appoint de la pièce de 5 francs, condamna la veuve T. à payer désormais en monnaie autre que celle de cuivre.

(*Pratique médicale.*)

— *Nouveau traitement de l'hystérie.* — Un médecin allemand, le Dr Wiederhold, vient d'être traduit devant le tribunal de Cassel, pour sévices graves envers une de ses clientes qu'il aurait bousculée, souffletée, battue à coups de canne et de cravache. Pour sa défense il a déclaré qu'il était dans son droit, la correction physique étant un excellent remède contre l'hystérie.

(*Gaz. Heb. de Méd. et de chir.*)

Assistance publique. — Dons. — M. E. Finance vient de mourir. Dans son testament il a fait de

nombreux legs, parmi lesquels nous citerons : une somme de 80,000 francs pour les bureaux de bienfaisance de Paris ; 25,000 fr. au bureau de bienfaisance de Neuilly ; 30,000 fr. au bureau de bienfaisance de Trouville ; 15,000 fr. au bureau de bienfaisance de Louvres (Seine-et-Oise) ; 25.000 fr. à l'orphelinat du Vésinet, rue d'Alsace-Lorraine, au Vésinet ; 50,000 fr. à l'association des dames françaises, 24, boulevard des Capucines, pour secours aux blessés ; 50,000 fr. à la Société de secours aux familles des marins naufragés, 87, rue Richelieu ; 50,000 fr. à l'œuvre de Villepinte ; 50,000 fr. à l'œuvre de l'hospitalité de nuit pour hommes ; 50,000 fr. à l'œuvre de l'hospitalité de nuit pour femmes.

— *Erreur d'un élève en pharmacie.* — Le 7 janvier dernier, un habitant de Rouen, M. L..., absorbait une limonade purgative, achetée dans une pharmacie gérée par un élève non diplômé. M. L... mourait le surlendemain, empoisonné par la limonade qui contenait une substance toxique.

Le parquet de Rouen a poursuivi, non seulement l'élève en pharmacie, mais encore les propriétaires de la pharmacie.

L'élève reconnu coupable d'homicide par imprudence et d'exercice illégal de la pharmacie a été condamné à trois mois de prison et 500 francs d'amende. Les propriétaires ont été condamnés, chacun, à 500 fr. d'amende, et solidairement aux frais. Le tribunal les a déclarés, en outre, civilement responsables des condamnations pécuniaires encourues par leur employé.

— *Vin de quinquina à l'aconitine.* — Il y a quelques mois, au Raincy, les époux G.... et un nommé G.... avaient succombé après avoir goûté à un quinquina au malaga laissé par la veuve T., une voisine qui venait de mourir. D'autres personnes avaient été sérieusement malades.

Les experts ayant constaté que le vin contenait de l'aconitine, M. A..., pharmacien à Paris, chez qui avait été acheté le médicament, a été condamné par le tribunal correctionnel de Pontoise à trois mois de prison et 200 francs d'amende. Il a, de plus, été condamné à 5,000 fr. de dommages-intérêts envers les deux jeunes filles laissées par les époux G...

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

Nº 3714. — M. le Dr Hintzy, de Domont (S.-et-O.), membre du syndicat de Pontoise.
Nº 3715. — M. le Dr Canard, à Tramayes (S.-et-L.)
Nº 3716. — M. le Dr Rous, de St-Savinien (Ch. Inf.), membre du syndicat de St-Jean-d'Angély.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE
4, rue Antoine-Dubois, 4

Libraire-éditeur du « **Concours médical** », la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

La *Société d'Editions scientifiques*, établie sur les bases de la **Mutualité**, a pour principe de partager par moitié, entre les Auteurs et elle, *tout bénéfice* résultant de la vente des ouvrages.

OPHTALMOLOGIE

TROUSSEAU (Dr A.) médecin de la Clinique Nationale des Quinze-Vingts. — **Guide pratique pour le choix des lunettes.** In-8 raisin de 80 pages environ. — Prix : **1 fr. 50.**

Quelques pages d'une utilité pratique incontestable. Les considérations théoriques et ses calculs en sont soigneusement écartés, ce qui en rend la lecture singulièrement facile. En quelques lignes l'auteur étudie les différents vices de la réfraction et nous indique les moyens d'y remédier. Style clair, précis et à la portée de tous, aussi utile aux gens du monde qu'au médecin.

— **Travaux d'ophtalmologie.** Conjonctivite, iris, maladies générales, chirurgie oculaire. Renferme tous les renseignements les plus nouveaux sur les maladies des yeux. In-8. — Prix : **3** fr.

FERRET (Dr), ancien médecin-adjoint de la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts. — **Traité du glaucome.** Deuxième édition. In-8 de 230 pages. — Prix : **5** fr.

— **De l'ophtalmie granuleuse.** Deuxième édit. In-8 de 230 p. Prix : **2** fr. **50.**

L'auteur, qui a étudié l'ophtalmie granuleuse, dans un de ses principaux centres d'endémicité, l'Algérie, montre que c'est une affection toujours chronique d'emblée et non contagieuse.

Il met en relief ce fait, que cette affection ne se développe que chez les sujets lymphatiques, et qu'elle a toujours pour cause le séjour habituel dans une atmosphère dont le contact présente une action irritante pour la conjonctive.

De cette pathogénie bien établie, découlent les principes qui doivent guider la thérapeutique, et qui consistent à soustraire le sujet à l'influence des causes morbides, et à agir, en même temps, sur son état général lymphatique.

L'auteur s'efforce de mettre le praticien en garde contre les inconvénients d'une thérapeutique locale trop active et tendant à détruire les tissus qui sont le siège des granulations : thérapeutique qui a pour résultat d'aggraver les lésions sclérotiques cicatricielles de la conjonctive, qui sont l'aboutissant naturel du processus morbide.

BITZOS (Dr G.) — **La skiascopie** (*kératoscopie*). 1 vol. broché, avec 30 figures dans le texte. — Prix : **4** fr.

C'est un traité précis et complet de la skiascopie, le *seul qui ait paru en français*, contenant une explication exacte des phénomènes skiascopiques et une explication détaillée de la skiascopie pratique.

La *skiascopie pratique* permet de distinguer facilement et avec une remarquable précision tous les vices de la réfraction ; et cet ouvrage va intéresser non seulement ceux qui s'occupent spécialement d'ophtalmologie, mais encore tout médecin désireux de pouvoir aisément diagnostiquer les vices de réfraction si nombreux.

FERRET. — **La myopie**, sa pathologie, son traitement. In-8 de 95 pages. — Prix : **3** fr.

Après avoir insisté sur ce fait que la myopie n'est pas congénitale, mais est toujours le résultat d'une cause bien déterminée, qui est le rapprochement exagéré des objets sur lesquels s'exerce la vision binoculaire de près, l'auteur expose le mécanisme par lequel ce rapprochement exagéré amène l'allongement de l'axe antéro-postérieur de l'œil, qui est le substratum anatomique de la myopie.

Puis, il met en relief les particularités individuelles qui font que tel sujet sera plus exposé que tel autre à devenir myope, et qui consiste dans le degré de l'écartement interoculaire.

De ces notions pathogéniques précises, découle l'indication des moyens prophylactiques et thérapeutiques, capables d'enrayer le développement de cette infirmité, qui, par le grand développement qu'elle prend de plus en plus, devient une véritable calamité sociale.

Remise de 20 % sur les prix marqués de ces ouvrages d'ophtalmologie à MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : **A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année N° 25 18 Juin 1892

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Diagnostic de la rétroversion et de la rétroflexion utérine.

Dans une récente leçon clinique faite à l'hôpital Necker, *M. le professeur Le Dentu* expose un nouveau moyen de reconnaître facilement par le toucher vaginal l'existence d'une rétro-déviation utérine.

« Depuis plusieurs années, dit-il, nous nous sommes habitué à reconnaître l'existence de la rétrodéviation par la recherche, au fond du cul-de-sac postérieur du vagin, de la crête médiane qui existe sur la face postérieure de l'utérus. C'est en nous basant sur cette notion d'anatomie normale que nous avons pu, en maintes circonstances, diagnostiquer dès le premier examen, au simple toucher vaginal, soit une rétroversion, soit une rétroflexion de la matrice. »

C'est une notion d'anatomie normale un peu ignorée, quoique contenue dans tous les ouvrages, qu'il existe sur la face postérieure de l'utérus une sorte de crête mousse qui la partage en deux facettes symétriques inclinées l'une à droite, l'autre à gauche (Meckel, Huschke, Richet, Sappey, Charpentier). Pour bien le reconnaître, voici comment on doit procéder.

Lorsque les doigts explorateurs sont arrivés dans l'angle formé par le cul-de-sac postérieur, on doit les diriger lentement de haut en bas, sur la partie médiane de la masse arrondie représentant le corps de l'utérus. En même temps les doigts dépriment un peu la muqueuse vaginale, en la faisant glisser transversalement sur la tumeur. On parvient ainsi à sentir une crête mousse souvent très nette qui divise la masse globuleuse en deux parties latérales symétriques. Tantôt la saillie est peu marquée, difficilement perceptible, tantôt la crête est saillante et très nette, surtout dans la portion voisine de l'angle de flexion.

En suivant cette crête avec le doigt, on peut dans certains cas reconnaître que le corps de l'utérus ne se trouve pas sur la ligne médiane. On peut ainsi diagnostiquer aisément une rétro-latéro-déviation ; on peut établir une topographie exacte des productions pathologiques, situées parfois soit d'un côté, soit des deux côtés de la matrice rétro-déviée.

Ajoutons qu'on éprouve quelquefois un peu de peine à percevoir cette crête. Il s'agit là, en somme, d'un signe nouveau qui, s'il n'est pas constant, peut rendre, quand il existe, de très grands services au praticien.

La paralysie générale et le tabes.

La Société médicale des hôpitaux de Paris a consacré deux ou trois séances à la discussion d'un point important de théorie nerveuse qui soulève bien des controverses ; nous voulons parler de l'identité que M. *Raymond* a voulu établir entre le processus scléreux du tabes dorsalis et celui de la paralysie générale progressive.

Cette tentative d'assimilation se justifierait d'abord par le fait de l'association clinique assez souvent constatée ; en second lieu, par la ressemblance extrême des lésions fondamentales, intimes, qui constituent le substratum et pour ainsi dire l'essence de chacune des deux maladies.

M. *Ballet* combat l'opinion de M. Raymond et sa première objection est tirée du fait de la différence considérable que l'on constate ordinairement dans l'évolution et la durée des deux maladies, dont l'une, médullaire, ne met guère moins de quinze à vingt ans pour arriver à son terme, tandis que l'autre, cérébrale, accomplit son cycle en un espace de temps beaucoup plus restreint qui n'excède guère trois ans.

La seconde qui a certainement plus de valeur est basée sur l'examen des lésions anatomiques qui caractérisent l'une et l'autre affection.

Celles du tabes commencent de préférence au niveau des tubes nerveux, tandis que celle de la

périencéphalite serait essentiellement prévasculaire.

M. *Joffroy* est moins absolu que M. Ballet et admet au moins une certaine ressemblance entre les deux maladies, surtout au point de vue de l'étiologie. Qu'allons-nous conclure de cette discussion pour notre édification personnelle ? Le plus sage est, croyons-nous, d'imiter M. *Muselier* et de ne pas accepter encore la théorie de l'identité des deux maladies. L'hypothèse est vraisemblable, surtout au point de vue étiologique et clinique ; seule l'histologie ne paraît pas encore donner sa sanction suffisante. C'est dans ce sens qu'il faut chercher ; et jusqu'à nouvel ordre, il nous faut maintenir dans notre classification la dualité du tabes et de la paralysie générale.

Traitement des kystes hydatiques par l'incision ou les injections de sublimé.

Au dernier Congrès de chirurgie, M. *Bouilly* a formulé d'une manière nette et précise les indications du traitement des kystes hydatiques. Les uns sont justiciables d'une large incision, ce sont : 1º ceux qui contiennent de nombreuses hydatides filles ; 2º ceux qui sont multiples, disséminés dans le même organe et 3º enfin ceux qui sont suppurés.

Les autres, kystes simples, uniloculaires, contenant un liquide clair, se vidant bien et vierges de tout traitement antérieur, sont justiciables de l'injection de sublimé.

Dans la pratique, ces indications ne peuvent donc être utilement remplies qu'après l'établissement d'un diagnostic exact permettant d'affirmer les conditions favorables à l'une ou l'autre méthode. On reconnaît assez facilement un kyste simple, uniloculaire, à sa grande tension, à la régularité de la collection, à sa fluctuation facilement perçue, quel que soit le point examiné, à l'absence du frémissement hydatique. Enfin, la ponction évacuatrice — premier temps du traitement par l'injection de sublimé telle que je la pratique aujourd'hui — ne peut laisser subsister de doute ; fréquemment, elle ne donne rien ou ne fournit qu'une quantité de liquide insignifiante, hors de proportion avec le volume de la tuméfaction, s'il s'agit d'un kyste contenant des hydatides multiples ; au contraire, elle vide complètement et fait disparaître en totalité la tuméfaction préexistante, si la poche est simple et uniloculaire.

Nous n'insisterons pas sur les cas à laparotomie qui ne sont pas du domaine de la chirurgie courante et nous insisterons sur les injections de sublimé facilement réalisables.

Le procédé de M. Bouilly est le suivant :

1º Vider le kyste à siccité par aspiration avec l'appareil de Dieulafoy. Le diagnostic est vérifié par la même occasion.

2º Par la canule laissée en place, *cinq grammes* de liqueur de Van Swieten ou de solution de sublimé au 1/1000 sont injectés dans la poche et y sont abandonnés. Le trou de la ponction est fermé avec du coton et du collodion iodoformé ou salolé. La simplicité des suites est surprenante, la guérison survient en dix à douze jours, même dans les cas de kystes volumineux. N'oublions pas que l'antisepsie doit être parfaite : lavages et savonnages de la peau avant la ponction, désinfection soigneuse de l'aiguille, c'est-à-dire qu'après l'avoir flambée ou passée dans une solution phéniquée forte il ne faut point l'essuyer, mais la plonger directement dans la tumeur sans toucher le moins du monde à la pointe ; enfin, lavage soigné des mains de l'opérateur. Ces règles capitales ne sauraient être trop répétées, car c'est faute de leur stricte observation que nombre de praticiens voient tous les jours survenir des suppurations après des ponctions : témoins les accusateurs de la thoracentèse dans la discussion sur la pleurésie.

Les éruptions médicamenteuses.

M. le Dr *Thibierge* résume de la manière suivante l'histoire étiologique et clinique des éruptions médicamenteuses : Ces éruptions sont produites par action locale, ou par intoxication du sang, et elles revêtent toutes les formes depuis l'érythème jusqu'à la gangrène ; elles sont tantôt généralisées, tantôt localisées.

Les substances qui donnent lieu à une éruption médicamenteuse agissent comme irritants externes ou internes. Parmi les substances agissant localement, il faut citer : les rubéfiants comme la moutarde, l'huile de croton, les thapsias, les substances fermentées ou altérées, toutes les huiles, les graisses, l'axonge non fraîche, la graine de lin altérée, la térébenthine, l'huile de cade, les goudrons, les emplâtres. Dans le traitement du psoriasis, on voit de l'érythème se produire à la suite de l'emploi de l'acide chrysophanique et de l'acide pyrogallique. L'acide phénique donne souvent de l'irritation aux mains, quand il est mal préparé, à froid, sans alcool ni glycérine ; chez certains individus, le salol produit de l'irritation sur le bord des plaies. Citons encore d'autres substances, comme les acides minéraux, les acides organiques, l'iode, l'iodoforme, le tartre stibié ; les pommades mercurielles et la solution de sublimé produisent sur le pubis des vésicules ou des pustules qui peuvent être le point de départ d'une éruption psoriasiforme ou scarlatiniforme.

Quant aux éruptions de causes internes, elles sont ordinairement généralisées ; les principales sont celles causées par : la belladone, dont l'alcaloïde, l'atropine, produit un érythème scarlatiniforme ; l'opium avec son alcaloïde, la morphine, qui donne des éruptions scarlatiniformes, rubéoliformes ou des vésicules d'apparence eczémateuse ; la quinine qui donne lieu à une éruption, tantôt médicamenteuse, tantôt professionnelle, sous la forme de petites vésicules, ou d'érythème scarlatiniforme ou rubéoliforme, ou d'érythème mixte, voire même d'urticaire.

Le copahu donne une roséole papuleuse généralisée portant sur le tronc et les membres, le thorax, l'abdomen, les avant-bras, les poignets et les genoux ; elle dure peu et disparaît sans desquamation et sans revenir. Cette éruption est due au copahu ou à la blennorrhagie. Toujours est-il que, pour la faire cesser, on suspend l'emploi du copahu.

L'intoxication par l'acide salicylique est très rare ; le salicylate de soude peut donner de l'urticaire, rarement de l'érythème, des bulles ou des vésicules ; on a plus souvent du purpura.

L'intoxication par le chloral est bien plus fréquente ; elle donne lieu, le plus souvent, à de l'érythème siégeant à la face, aux joues et au front avec congestion des muqueuses du pharynx et du voile du palais ; l'intoxication peut prendre aussi une apparence scarlatiniforme.

L'acide phénique, absorbé à l'intérieur ou appliqué à l'extérieur, produit de l'érythème ou de l'urticaire.

L'antipyrine donne une éruption à type fuyant, au bout de dix ou quinze jours d'emploi : il y a douleur dans la gorge et rougeur ponctuée ; la surface du corps présente un aspect rouge, accompagné de prurit. On peut également observer de l'urticaire. Le sulfonal produit une poussée scarlatiniforme sur les parties supérieures du corps.

Parmi les intoxications par les substances inorganiques, citons l'éruption tantôt généralisée sous la forme d'érythème scarlatiniforme, tantôt localisée avec l'aspect bulleux qui se produit après absorption d'arsenic.

En Angleterre, on a signalé des cas de zona à la suite d'intoxication arsenicale ; on admet généralement que ce médicament produit des névrites susceptibles elles-mêmes de donner lieu à du zona.

Le mercure est le médicament qui produit les éruptions les plus fréquentes et les plus variées ; nous ne parlerons ici que de l'usage interne. Les éruptions hydrargyriques se rencontrent à la suite d'absorption de pilules de proto-iodure, de sirop de Gibert, de liqueur de Van Swieten, après les lotions cutanées avec la liqueur de Van Swieten, après les injections vaginales à la même solution et au biiodure. Quels sont les caractères de cette éruption mercurielle ? Dans les formes légères, on a de la rougeur, des vésicules peu accusées et disséminées ; dans d'autres cas, des vésicules ou des vésiculo-pustules, des bulles et des phlyctènes. Dans les cas graves, il peut y avoir des phénomènes généraux intenses, de la fièvre, de la gingivite.

Le docteur Glaztein rapporte aussi quelques cas d'urticaire provoquée par l'administration du calomel à la dose de vingt-cinq milligrammes. Dès qu'on cessa le calomel, l'urticaire disparut pour reparaître aussitôt qu'on l'utilisait à nouveau.

Les préparations iodées et iodurées donnent également lieu à des éruptions. Le plus souvent, cette éruption est caractérisée par la production sur la face de pustules d'acné, avec aspect de furoncle ou d'anthrax ; chez d'autres, ce sont des nodosités rappelant l'érythème noueux ou les gommes ; ce peuvent être aussi des vésicules ou des bulles.

A propos de ces éruptions, signalons celle qui succède à l'emploi simultané de l'iodure et du mercure, et se caractérise par des lésions irritatives très prononcées ; la pommade au calomel appliquée sur le gland d'un sujet syphilitique, traité par l'iodure de potassium, engendre de la balano-posthite.

Le bromure de potassium, de sodium, d'ammonium causent également, par leur emploi interne, des éruptions généralisées acnéiformes.

Le diagnostic repose sur l'ensemble des symptômes et surtout sur les antécédents. Il faut savoir quel est le médicament ingéré ; le diagnostic sera confirmé si, à la suite de la cessation de la préparation, l'éruption disparaît ; il le serait encore, si la poussée revenait après l'absorption d'une nouvelle dose, mais les malades se prêtent peu à cette dernière observation.

Le traitement de ces éruptions est tout d'abord la suppression immédiate du médicament provocateur. L'usage de purgatifs et de diurétiques légers est quelquefois nécessaire. M. Thibierge conseille, en ce qui concerne le bromure, de donner en même temps que ce médicament quelques gouttes de liqueur de Fowler pour combattre l'acné bromique.

Paralysie du diaphragme.

La paralysie du diaphragme est une affection rare, et qui d'ailleurs passe fréquemment inaperçue. M. *Suckling*, de Birmingham, affirme que cette affection serait reconnue moins rare si on la recherchait plus attentivement. Sur six cas que rapporte ce clinicien, trois sont dus à la diphthérie, un à l'influenza, un à des exercices immodérés de gymnastique, le dernier à l'alcoolisme. Dans tous ces cas M. Suckling attribue la mort qui a terminé les accidents à une paralysie du diaphragme d'origine périphérique. Pour lui, il s'agit toujours d'une névrite du nerf phrénique soit unilatérale, soit symétrique. Pour la diphthérie en particulier, M. Suckling fait remarquer que c'est la paralysie diaphragmatique plutôt que la syncope qui cause la mort subite.

Nous ne partageons pas l'avis de ce clinicien et, nous appuyant sur des recherches personnelles que nous avons exposées il y a deux ans dans une Revue de la *Gazette des hôpitaux*, nous soutenons que le muscle cardiaque est plus fréquemment atteint que le diaphragme et le nerf phrénique ; la myocardite interstitielle et parenchymateuse est la véritable cause de la mort subite non seulement dans la diphthérie, mais encore dans bien d'autres maladies : variole (Desnos et Huchard), érysipèle, fièvre typhoïde, phthisie aiguë, pleurésie séro-fibrineuse (Huchard). Certes, la paralysie diaphragmatique peut entraîner la mort dans la diphthérie, nous en avons vu deux exemples bien nets, car malgré l'avis de M. Suckling, on regarde souvent la poitrine et le creux épigastrique en clinique et, dans ces conditions, il est presque impossible de ne pas observer le symptôme pathognomonique, de la paralysie diaphragmatique : la respiration abdominale.

Le professeur Hayem a l'habitude de caractériser ce phénomène par la phrase suivante : « Il semble que le malade avale son ventre. »

Le traitement qu'il convient d'appliquer dans la paralysie du diaphragme est le suivant, d'après M. Suckling : repos au lit, nourriture copieuse ; comme médicaments, fer et strychnine ; révulsion le long du nerf phrénique, électrisation du muscle paralysé.

CHIRURGIE PRATIQUE

Méthode sclérogène du Professeur Lannelongue.

Il y a environ un an, le Pr Lannelongue fit à l'Académie de Médecine une communication sur l'emploi des injections de chlorure de zinc dans les tuberculoses locales, surtout osseuses et articulaires : des expériences faites en collaboration avec M. Achard, lui permettaient d'affirmer l'existence d'un traitement nouveau des affections bacillaires locales, traitement inoffensif, facile, et efficace.

Cette communication, venant peu après l'échec retentissant de la tuberculine, fut accueillie dans la docte assemblée avec une certaine méfiance : d'abord, tous ceux qui avaient eu l'occasion de

faire des injections médicamenteuses dans les articulations tuberculeuses, se hâtèrent de revendiquer la priorité du procédé ; puis, tirant, des échecs précédents, des conclusions rigoureuses, on affirma que les guérisons obtenues n'étaient qu'apparentes et qu'après un semblant de succès, les récidives ne tarderaient pas à montrer que la méthode était défectueuse, comme tant d'autres.

La question de priorité fut vite enterrée, et M. Lannelongue n'eut pas de peine à prouver que sa méthode différait absolument des méthodes précédentes, celles-ci ayant pour but d'attaquer les bacilles au centre même des territoires envahis, la sienne, au contraire, essayant de constituer autour des points atteints une espèce de muraille infranchissable qui empêchait les bacilles de passer et les obligeait à mourir d'inanition. Mais la question récidive restait, malgré tout, le point d'interrogation du nouveau procédé ; et, une certaine défiance étant naturellement de mise à l'égard d'un collègue, j'allais dire un rival, on resta sur la réserve, à l'Académie et aussi dans le public médical.

Les résultats donnés au dernier congrès de chirurgie par le Pr Lannelongue et par d'autres expérimentateurs, permettent d'affirmer l'excellence de la méthode nouvelle ; on doit dès maintenant la considérer comme classique ; tout le monde le comprend ainsi, d'ailleurs, et nous avons reçu plusieurs lettres de lecteurs du *Concours médical*, nous priant de mettre la question au point, pour leur usage personnel.

Quels sont à l'heure actuelle les résultats obtenus ? Nous allons d'abord exposer ceux de M. Lannelongue, car sa statistique est détaillée et par suite très instructive. Nous y verrons que si la méthode peut être employée par tous les médecins, en raison de sa simplicité, elle a néanmoins besoin, dans certains cas, d'une intervention chirurgicale complémentaire, pour que la guérison soit complète. Nous conservons la division faite par l'éminent professeur, car elle est essentiellement clinique.

I. *Cas non suppurés.*

Genou. — 11 cas non suppurés ; résultat : 9 guérisons rapides avec mouvements ; une guérison après grattage du condyle interne du tibia dans l'articulation ; une guérison après grattage d'un abcès.

Cou-de-pied. — 4 cas guéris rapidement avec mouvements.

Coude.— 1 cas guéri avec mouvements de flexion et d'extension presque complets ; mouvements de supination et de pronation diminués d'un tiers.

Poignet. — 1 cas guéri sans intervention ; un cas guéri après ouverture d'abcès et grattages, les mouvements étant conservés en grande partie.

Os et articulations du tarse. — 1 cas guéri sans intervention, les fongosités étant transformées en tissu fibro-graisseux.

Coxalgie. — 1 cas guéri après raclage et extirpation de la tête et d'une partie du col fémoral.

Ostéites costales. — 2 cas guéris avec production de bourrelets fibro-graisseux.

II. *Cas suppurés et non ouverts.*

Genou. — 4 cas, sur lesquels un cas a guéri rapidement sans intervention ; les trois autres ont dû subir des opérations complémentaires, extirpations de foyers osseux intra-articulaires.

Cou-de-pied.—2 cas guéris après grattage des os ou extirpation de foyers.

Coude. — 1 cas guéri avec opérations complémentaires.

Poignet. — 3 cas guéris après ouverture d'abcès et grattages : mouvements presque normaux.

Spina-ventosa. — 1 cas guéri avec ouverture d'abcès.

Métacarpe. — 1 cas guéri rapidement après grattage.

Sacro-coxalgie. — 1 cas guéri après raclage.

III. *Cas suppurés et ouverts.*

Cou-de-pied. — 2 cas : l'un a guéri après grattage ou extirpation de petits foyers osseux ; pour l'autre, qui ne paraissait justiciable que de l'amputation, il y a eu opérations multiples, extirpation de l'astragale, râclage du tibia ; la guérison a été obtenue en dix mois.

Os et articulations du tarse. — 2 cas guéris après grattage et extirpation des foyers osseux et un traitement.

Poignet. — 1 cas guéri après extirpation d'une portion du carpe : légers mouvements.

Spina-ventosa. — 1 cas guéri après extraction de portions de phalanges.

De ce tableau, une chose ressort avec netteté ; c'est, dans l'immense majorité des cas, la guérison rapide d'affections qui, jusqu'à ce jour, demandaient de longs mois de traitement, après lesquels on n'était pas bien sûr de la guérison définitive ; en outre, la guérison est facile après les interventions sanglantes, quand celles-ci sont nécessaires.

Il y a cependant une ombre dans ce tableau : c'est quelquefois la *production d'abcès* dans les points où existait la lésion tuberculeuse, alors qu'il n'y avait pas de suppuration avant les injections. M. Lannelongue attribue ces abcès à l'encapsulement temporaire des bacilles. Peut-être, comme le suppose M. Goudray, faut-il admettre que certains points ont pu échapper à l'action du médicament, malgré sa diffusibilité.

Hâtons-nous d'ajouter que le pronostic n'en est guère aggravé, car l'intervention est facilitée par la présence du tissu fibro-graisseux de nouvelle formation qui entoure l'articulation. De plus, il n'est pas défendu aux praticiens qui ne pourraient facilement faire accepter une opération complémentaire, d'essayer de faire résorber l'abcès par compression, chose qui n'a pas été essayée dans le service essentiellement chirurgical du Pr Lannelongue.

Un autre point faible, c'est le *résultat médiocre obtenu dans le cas de coxalgie non suppurée* : en effet, il a fallu une intervention chirurgicale assez sérieuse pour obtenir la guérison avec ankylose du membre : c'est pour cela que dans sa communication au Congrès de chirurgie, M. Lannelongue fait des restrictions, au point de vue du résultat qu'on doit obtenir dans les tumeurs blanches non suppurées, pour la seule articulation coxo-fémorale, en raison, dit-il, de sa situation anatomique. Cependant, d'autres chirurgiens ont obtenu de meilleurs résultats.

Ainsi M. Iscovesco a traité trois coxalgies par les injections de chlorure de zinc : dans un cas où les injections ont été faites, il y a 4 mois 1/2 environ, le résultat est tellement beau, dit-il, que s'il l'avait obtenu par trois années d'immobilisation, il n'hésiterait pas un seul instant à faire lever le malade ; dans le second cas, il n'y a plus qu'un peu de douleur dans l'abduction forte ; dans le 3e cas, qui est une vieille coxalgie avec abcès

ayant résisté aux injections d'éther iodoformé, le malade est complètement guéri.

M. de Saint-Germain a obtenu également de bons résultats, puisqu'il se déclare décidé à traiter les coxalgiques comme il a traité les tumeurs blanches du genou.

Il semble donc que, malgré l'insuccès relatif de M. Lannelongue dans cette circonstance, on soit autorisé à essayer des injections de chlorure de zinc dans la coxalgie.

En résumé, il est indiqué de traiter toutes les tuberculoses ostéo-articulaires par la méthode sclérogène, et dès le début de l'affection. Quand il n'y a pas de suppuration, on peut espérer, en général, obtenir la guérison complète en quelques mois, sans intervention ultérieure, avec restitution des mouvements. Quand il y a suppuration, on peut difficilement espérer la guérison sans opération complémentaire ; mais on ne peut pas dire que les injections sclérogènes aient été inutiles, parce que, comme le fait justement remarquer M. Lannelongue, d'abord elles amènent la transformation des produits tuberculeux, et en second lieu, elles préparent un terrain nouveau pour les opérations ultérieures. Ce tissu nouveau, d'abord très mou, et pourvu d'une infinité de vaisseaux sanguins, ne tarde pas à devenir une trame fibreuse plus ou moins épaisse, autour du tissu morbide ; c'est un tissu lardacé, où la plupart des vaisseaux sanguins sont oblitérés ou rétrécis, et où les lymphatiques font défaut ; sa constitution lui permet donc de présenter une résistance très grande à l'invasion des bacilles, aussi bien qu'à la résorption des toxines sécrétées, comme le prouvent l'amélioration rapide de l'état général chez les malades ainsi traités, et l'absence complète jusqu'à présent d'infection bacillaire opératoire. Avec le temps, le tissu nouveau perd de sa consistance et de son épaisseur et devient de plus en plus souple, et c'est ainsi que l'articulation recouvre la plus grande partie, sinon la totalité de sa mobilité, les contractions musculaires réflexes ayant disparu.

La *méthode sclérogène* a été employée dans d'autres affections encore : elle a donné des succès à M. Dubrueil dans les luxations récidivantes de l'épaule ; une fracture compliquée de la jambe, n'étant pas consolidée au bout de cinq mois malgré un traitement rigoureux, M. Ménard fit des injections de chlorure de zinc et au bout d'un mois, le malade pouvait marcher ; des luxations congénitales de la hanche ont profité dans une certaine mesure de cette méthode (Ménard, Coudray) ; il en a été de même pour des pieds-bots, des angiomes. Quelques essais ont été faits par M. Coudray contre les tumeurs malignes, mais les résultats ne sont pas très nets ; peut-être peut-on espérer circonscrire ces tumeurs en employant les injections au début ; plus tard, quand les ganglions sont pris, peut-être les injections autour de la tumeur primitive pourraient retarder dans une certaine mesure la cachexie cancéreuse en s'opposant à la résorption des toxines produites par la dégénérescence de la tumeur; mais actuellement on ne peut faire que des hypothèses, et des essais, en somme, parfaitement légitimes.

Nous avons dit que les injections de chlorure de zinc constituaient une méthode facile : en effet, le manuel opératoire n'est pas compliqué et les instruments sont peu nombreux. On se servira d'une seringue de Pravaz ordinaire ; l'aiguille sera plus longue que l'aiguille ordinaire, et de préférence en platine iridié pour pouvoir la flamber après s'en être servi.

La solution courante de chlorure de zinc est une solution aqueuse au 10e ; on emploiera cependant une solution au 20e quand les injections seront superficielles, comme pour le spina ventosa, pour éviter l'escharre, peu importante, mais assez longue à guérir que provoquerait une goutte de la solution au 10e injectée trop près de la peau : de cette indication, nous tirerons la conclusion qu'il faut faire attention, quand on a fait l'injection profondément et qu'on retire la seringue, de ne pas laisser échapper une goutte de liquide dans le trajet récurrent de l'aiguille, et de presser en même temps les tissus pour empêcher le liquide injecté de fuser vers la peau.

Avant de faire l'injection, il faut évidemment s'assurer que le membre est dans une bonne position ; sinon il faudrait d'abord le redresser et le maintenir dans une attitude convenable. Ceci étant fait, on lave soigneusement et antiseptiquement la peau comme pour toute opération, on antiseptise la seringue et l'aiguille. Puis, la limite des fongosités, le cul-de-sac synovial étant à peu prés délimité et la ligne des injections déterminée, on enfonce l'aiguille jusqu'à l'os de façon à faire l'injection sur ou sous le périoste. Combien de gouttes ? M. Lannelongue recommande de déposer trois gouttes dans chaque point. M. de Saint-Germain donne pour la hanche 4 ou 5 gouttes à la fois. L'injection faite, on retire l'aiguille, et on l'enfonce à 1 cm. 1/2 ou 2 cm. environ du premier point ; car, c'est un précepte pour M. Lannelongue de ne pas faire plusieurs injections avec une seule piqûre en variant l'inclinaison de l'aiguille.

Il est préférable de faire toutes les injections périarticulaires en une seule séance. Quand la transformation de la synoviale n'est pas obtenue en une seule séance d'injections, il y a lieu de renouveler les injections au bout de trois semaines environ.

On a pu blesser des vaisseaux petits et moyens sans inconvénient, mais il est indiqué de chercher à éviter les gros vaisseaux et les gros troncs nerveux : ainsi on ne fait pas d'injection dans le creux poplité ; on se contente d'une série d'injections en fer à cheval au-dessus et au-dessous de l'articulation en avant et sur les côtes.

Nous n'entrerons pas dans le détail des particularités anatomiques que présente chaque synoviale articulaire, ce sont des choses connues de tous les praticiens ; notons seulement qu'à la main et au pied, il n'y a pas à se préoccuper des articulations, quand il y a des fongosités profondes sous les gaînes ; là il est préférable d'atteindre les régions osseuses en passant par les parties latérales et en se dirigeant sous les tendons.

Pour la hanche seulement, voici la technique de M. de Saint-Germain : l'aiguille est introduite, soit par la partie interne de la cuisse, au niveau de l'insertion des adducteurs, soit par la partie postérieure du grand trochanter, la cuisse préalablement portée dans l'adduction et la rotation en dedans, après flexion préalable ; dans les deux cas, l'aiguille est poussée jusqu'à l'os, retirée légèrement, et le piston est poussé de façon à faire pénétrer 4 ou 5 gouttes de liquide dans les tissus. En modifiant la direction de la pointe de l'aiguille, on peut ainsi injecter en trois ou quatre endroits différents, ce qui fait un total de 15 à 20 gouttes.

Les injections terminées, il faut immobiliser le membre en bonne position, au moyen d'un appareil plâtré ou silicaté ; on continuera cette immobilisation pendant toute la période de réaction. Elle a l'avantage d'empêcher les épanchements sanguins qui pourraient se faire au moindre mouvement et de permettre de recourir plus commodément à la compression.

La compression est très utile pour abréger la durée de la réaction locale : elle peut faire résorber certains épanchements médiocres et les collections séreuses qui se montrent parfois au dos de la main et du pied. La compression se fera à partir du 3e ou du 4e jour avec une forte épaisseur d'ouate ; plus tard on pourra la circonscrire à certains points avec des rondelles d'amadou. On cessera la compression dès que la sclérose est franchement constituée, et on abandonnera le membre à lui-même dans le lit pour qu'il commence progressivement les mouvements ; on peut fixer ce moment, en moyenne, au milieu du second mois. Alors, M. Lannelongue recommande vivement de faire électriser et masser les muscles atrophiés sans toucher à l'articulation.

Maintenant que nous avons exposé en détail la méthode, quels sont les inconvénients et les complications qu'on peut observer ?

D'abord la douleur, toujours extrêmement vive au moment des injections et se prolongeant plusieurs heures après, si vive que, chez les enfants et les sujets nerveux il faut recourir à l'anesthésie chloroformique ; chez les adultes, donner du chloral et faire des injections de morphine à hautes doses. Notons que M. Lannelongue n'hésite pas, au réveil des sujets chloroformés à employer les injections de morphine, même chez les enfants.

Quant aux accidents possibles, ils sont peu nombreux. On a noté des épanchements sanguins tardifs ; des troubles vaso-moteurs, quand un tronc nerveux a été piqué ; des eschares, quand une injection au 10e a été faite trop près de la peau.

Jusqu'ici on n'a pas constaté de récidives proprement dites, c'est-à-dire une rechute caractérisée par les symptômes ordinaires des ostéo-arthrites. Mais parfois on a noté des abcès tardifs, ayant d'ailleurs guéri en quelques jours après ouverture et grattage.

Il est un point spécial sur lequel un correspondant nous demande notre avis : peut-on traiter les testicules tuberculeux par la méthode sclérogène ? Il ne faut pas oublier que la tuberculose du testicule est rarement seule, qu'elle est souvent accompagnée de tuberculose du canal déférent, des vésicules séminales, de la prostate et de la vessie ; de plus, que dans la grande majorité des cas la tuberculose testiculaire est unilatérale. Dans ces conditions, nous ne croyons pas que cette affection puisse bénéficier beaucoup de la nouvelle méthode. S'il n'y a qu'un seul noyau localisé on peut espérer la résorption spontanée. La méthode sclérogène agirait aveuglement sur les deux testicules et déterminerait probablement leur atrophie. S'il y a des noyaux nombreux, du ramollissement, il y a probablement de la tuberculose d'autres organes et dans ce cas la castration sera préférable. L'application de la méthode sclérogène n'a pas, d'ailleurs, été tentée, que nous sachions.

P. HERVOUET.

HYGIÈNE

De l'hérédité de la tuberculose.

La notion de l'hérédité de la tuberculose est aussi ancienne que la médecine ; mais les doctrines pastoriennes ont permis, en divisant la question, de rejeter cette hérédité *en bloc* de la maladie, que l'on me passe cette expression, et d'arriver à cette conclusion consolante, que si les parents tuberculeux transmettent au fœtus un terrain favorable, ce n'est que très exceptionnellement qu'ils lui transmettent directement le germe, la graine, c'est-à-dire le bacille de Koch.

Les anciens médecins parlaient naturellement de diathèse, qui pouvait même sauter une ou plusieurs générations, comme on emploie encore, hélas ! pour le cancer, l'arthritisme, ce mot destiné à masquer notre ignorance. Cependant Bouchardat soutenait que les enfants tuberculeux étaient simplement des *prédisposés*, sans pouvoir donner, et cela se comprend, la raison pour laquelle le prédisposé devenait un tuberculeux. Le professeur Peter a fourni depuis longtemps déjà une formule qui n'a besoin que d'être bien peu modifiée pour être exacte : « on ne naît pas tuberculeux, mais tuberculisable » ; il serait plus juste de dire, aujourd'hui : *on naît tuberculisable et très rarement tuberculeux.*

Un premier point sur lequel nous devons insister, c'est la fréquence de la tuberculose chez les enfants des grandes villes. Les chiffres fournis par MM. Landouzy et Hutinel en France et Schwer en Allemagne, établissent que, sur 100 enfants qui meurent au-dessous de 10 ans, un tiers environ succombe à la tuberculose ; mais la mortalité due à cette cause va constamment en augmentant à partir de la naissance et, c'est pour notre thèse le fait essentiel.

Ainsi M. Hutinel, sur 220 autopsies d'enfants âgés de moins d'un an, et pratiquées en 1890 et en 1891, à l'hospice des Enfants-Assistés, n'a trouvé que 8 cas de tuberculose, soit 3.5 pour 100.

Schwer, sur un total de 1318 décès, trouve une mortalité par tuberculose de 1 % environ jusqu'à 3 mois, de 10 pour % de 3 mois à 6 mois ; à partir de 6 mois ce taux va en augmentant pour atteindre, chez les enfants de 3 ans, le chiffre de 45 pour % et redescendre ensuite à la mortalité moyenne par la tuberculose, c'est-à-dire 30 %. Frœbelius, de 1874 à 1883, a soigné 91,370 nourrissons admis à la crèche de Saint-Pétersbourg ; il en a perdu 18.569 dont 416, par tuberculose, c'est-à-dire que le taux de la mortalité par cette maladie ne serait au-dessous de 4 mois que 0,4 pour 100.

Toutes ces statistiques concordent d'une manière générale, et nous font admettre, que la mort par tuberculose est l'exception jusqu'à deux mois ; elle est très rare de deux mois à six mois, rare de six mois à un an, et devient, à partir de cet âge, de plus en plus grande, pour atteindre son maximum vers l'âge de trois ans ; en d'autres termes, le nombre des enfants tuberculeux est d'*autant plus considérable que l'on s'éloigne davantage de la naissance.* Retenons cette conclusion, elle est très importante.

L'enfant naît donc très rarement tuberculeux,

CORRESPONDANCE
(Suite)

devons conclure que la solution qu'on propose est la moins mauvaise : dégager la loi des articles qui peuvent être sujets à contestations et à amendements et si les suppressions sont adoptées sans nulle modification par la Chambre, le Sénat la consacrera, et la loi, n'ayant plus à revenir devant la Chambre, sera définitivement votée. Lorsque les articles renvoyés à la loi sur l'exercice de la pharmacie viendront en discussion, le corps médical aura à aviser à la défense de ses intérêts, sans aucune préoccupation, ni empêchement. En attendant, nous lyivons sous l'empire de la loi de ventôse qui ne fixe pas de distance et dit simplement que tout médecin qui n'a pas d'officine dans sa résidence peut délivrer des médicaments à tous ses clients.

Dr P., à N. — Nous avons reçu, lu et envoyé au Dr G. votre rapport au conseil général sur la médecine gratuite des indigents de votre département. Nous sommes heureux de votre témoignage que le *Concours médical* vous a fourni une grande partie des chiffres et des arguments sur lesquels vous vous appuyez. A son tour, votre travail, publié dans nos colonnes servira à ceux qui, après vous, vont reprendre cette grosse question qui s'impose.

M. C., méd. à P. — Nous envoyons à M. le Dr G. qui l'utilisera pour la chronique professionnelle, vos considérations sur l'opportunité des mesures prises à l'égard des officiers de santé, dont la loi va supprimer le titre. Ces mesures sont dictées par le sentiment de la justice, d'autant plus que bien des gens ont compris que si on supprimait les officiers de santé, cela voulait dire que ceux qui sont en possession d'état ne pourraient plus exercer. De là un vrai préjudice.

Nous avons reçu la dépêche suivante :

Montaigu, 11 juin.

Le syndicat médical de Montaigu, réuni en assemblée générale, adresse ses remerciements au *Concours* pour son dévouement aux intérêts professionnels, et spécialement pour le vote de la loi sur l'exercice de la médecine.

Docteur Cailleteau,
président.

Le *Concours médical* remercie les médecins de la Vendée du grand honneur qu'ils lui ont fait.

Dr B., à St.-R. — Informez-nous dès que vous aurez conclu ; quelques confrères s'étaient plaints de n'avoir pas reçu de réponses à leurs propositions et cela nous étonnait, car tous ceux qui recourent aux bons offices du Concours se font, d'habitude, un devoir, comme vous, de lui faciliter sa tâche d'intermédiaire confraternel. On reproduirait l'avis au besoin.

Dr C., à L. — La question est engagée et il suffira, puisque la situation s'est améliorée, de vous mettre à la disposition du syndicat de la vallée de la Meuse, comme vous l'avez fait d'ailleurs, pour lui fournir les pièces nécessaires au succès de ses revendications.

Membres du Concours exerçant dans les stations thermales.

Bains (Vosges.)
Pommageot.
Bondonneau (Drôme).
Cazenave de la Roche.
Bourbon-Lancy.
Goède.
Cauterets.
Duhourcau. — Miquel-Dalton. — Pedebidou. — Bordenave.
Capvern-les-Bains.
Claverie.
Contrexéville
Debout, d'Estrées.
Eaux-Bonnes.
Le Riche.
Enghien-les-Bains.
Callias.
Evian-les-Bains.
Rocque. — Cazy.
Gérardmer.
Greuell.
La Bourboule.
Meneau. — Noir. — Olivier. — Veyrières.
Lamalou-l'Ancien.
Donadieu.
Luxeuil
Barbaud.
Mont-Dore.
Geay. — Tardieu.
Motte-les-Bains (Isère).
De Langenhagen.
Néris-les-Bains.
Morice. — Allot.
Pougues-les-Eaux.
Mignot.
Royat.
Puy-le-Blanc.
St-Honoré-les-Bains.
Marius Odin. — Comoy.
Salles de Béarn.
Vigneau.
Salins.
Compagnon.
St-Sauveur.
Sabail.
Ussat-les-Bains.
Cenac.
Vals.
Lagarde.
Vichy.
Aurillac. — Buffard. — Charnaux. — Grellety. — Therre. — Veillon.

et met, en tout cas, un certain temps pour le devenir; mais il y a plus.

Le fœtus qui se développe dans l'utérus d'une tuberculeuse avérée, devrait, ce nous semble, si les bacilles préexistent dans l'ovule, ou traversent le placenta, présenter fréquemment des lésions bacillaires et mourir *ipso facto*. On a effectivement trouvé des fœtus tuberculeux dans les nombreuses autopsies que l'on a pratiquées ; mais ce sont des faits si rares que la science les enregistre avec soin. En 1861 Jacobi a observé un fœtus né au 7e mois d'une mère morte phtisique, et qui présentait des granulations miliaires dans la plèvre, la rate et le péritoine ; Charrin en 1873, Berti en 1882, Merkel en 1884, *Huguenin* en 1888 et enfin Sabouraud en 1891 ont rapporté chacun, un cas de tuberculose congénitale chez des fœtus ou des nouveau-nés, issus de mères nettement bacillaires. Et c'est tout.

Mais en regard des faits positifs, si rares bien qu'indéniables, les faits négatifs bien observés sont très nombreux. Vignal, à la clinique de la rue d'Assas, a examiné 17 fœtus provenant de femmes tuberculeuses et il n'a pu déceler la moindre lésion bacillaire. Sanchez Toledo a inoculé avec la tuberculose aviaire 35 femelles de cobayes pleines, qui lui ont donné 65 fœtus non tuberculeux.

La tuberculose est donc très rare et chez le fœtus et chez les jeunes bébés au-dessous de 6 mois environ. De cette constatation nous pouvons fournir deux explications diamétralement opposées. Ou bien le très jeune organisme pendant la vie intra-utérine et durant les premiers mois qui suivent la naissance, bien qu'infecté par le bacille; résiste d'une façon spéciale et les tubercules ne se forment pas ; ou encore la tuberculose ne fait pas son apparition, par la raison plus simple que le bacille ne se trouve ni dans le sang, ni dans la lymphe des jeunes enfants.

Or, d'après M. Landouzy lui-même (thèse Aviragnet, 1892), de 0 à 2 ans, l'organisme de l'enfant résiste mal, la tuberculose se diffuse avec une très grande rapidité et les divers organes ne tardent pas à présenter des lésions, qui par leur multiplicité amènent la mort du jeune malade. A partir de deux ans, la marche de la maladie devient de plus en plus lente.

Cette règle, chacun le sait, est d'ailleurs applicable à l'homme adulte qui résiste d'autant mieux à l'envahissement de la tuberculose, qu'il est plus âgé.

Il nous paraît donc très logique d'admettre la seconde hypothèse, c'est-à-dire que le très jeune enfant reste indemne de tuberculose, parce que le bacille de Koch n'existe pas dans son organisme.

On a voulu comparer la tuberculose à la syphilis, au charbon, à la variole. Il est indéniable que, pour le charbon, la bactéridie traverse le placenta, que pour la variole l'agent infectieux passe dans le fœtus ; mais ces deux maladies essentiellement aiguës et à marche rapide déterminent des lésions au niveau du placenta, tandis qu'au contraire, dans la tuberculose, on ne voit jamais rien de semblable. La syphilis, plus comparable que les affections précédentes, quant à l'évolution, se transmet très nettement par hérédité. Mais la tuberculose est déterminée par un bacille figuré, qui peut ne pas filtrer à travers les villosités choriales ; l'agent pathogène de la syphilis n'est pas encore connu, et s'il n'était pas figuré, on comprendrait son existence dans le spermatozoïde, l'ovule, ou son passage par osmose de la mère dans le fœtus.

D'ailleurs la syphilis fœtale est extrêmement fréquente, tandis que, nous venons de le voir, la tuberculose fœtale est exceptionnelle ; chez les enfants nés de parents spécifiques, les lésions sont d'autant plus nombreuses et plus caractéristiques, que l'on se rapproche de la naissance ; c'est absolument le contraire, nous l'avons établi, pour la tuberculose.

Dans la syphilis héréditaire, l'organe le plus souvent atteint est précisément le foie, qui était le plus directement en rapport avec l'organisme maternel ; dans la tuberculose des jeunes enfants, nés de parents phthisiques, ce sont, dans la grande majorité des cas, les poumons et les ganglions bronchiques, qui présentent les lésions les plus anciennes, d'une part ; l'intestin et le péritoine d'autre part.

Il nous semble résulter des lignes précédentes que la mère tuberculeuse transmet très rarement par hérédité, à l'enfant, la graine sans laquelle la maladie n'apparaîtra pas. C'est donc pendant les premières années, qui suivent la naissance, que le bacille de Koch va pénétrer dans l'organisme de l'enfant soit par la voie pulmonaire, grâce aux crachats desséchés qu'il respirera, soit par la voie gastro-intestinale, par suite de la mauvaise qualité du lait, ou plutôt du contact des linges souillés, des ustensiles de ménage dont les parents se seront servis, etc.

Une enquête ordonnée par le directeur de l'Assistance publique va nous répondre d'une façon catégorique. M. Hutinel fit remarquer que l'on n'avait pas le droit de contaminer les populations du Nivernais, du Pas-de-Calais, etc., en leur envoyant des nourrissons, qui en grand nombre pouvaient de par leur hérédité devenir tuberculeux, et qu'il était nécessaire de les surveiller sous ce rapport. On décida de rappeler à Paris pour les hospitaliser les enfants tuberculeux. Or à la suite d'une première circulaire, on trouva sur les 20,000 enfants de l'Assistance élevés à la campagne, 16 *bacillaires* ; étonnement général ! Seconde circulaire, qui ramène à Paris 4 nouveaux tuberculeux, parmi lesquels trois étaient atteints de végétations adénoïdes du pharynx et de bronchite chronique consécutive, mais nullement bacillaire.

Etant donnée la mortalité de la population parisienne par tuberculose on peut admettre, en restant au-dessous de la vérité, que sur ces 20,000 enfants, 2,000 environ ont des tuberculeux parmi leurs ascendants directs. Les nourrissons élevés à la campagne et n'ayant fourni après enquête sérieuse qu'une proportion de 17 tuberculeux sur 20.000, c'est-à-dire 1 pour 1,000 au maximum, il faut reconnaître que le séjour au grand air en a préservé un très grand nombre au moins momentanément. Cette préservation s'explique de deux manières :

A la campagne, l'enfant respire un air pur, reçoit une alimentation peut-être plus saine, bien que ce point doive, selon nous, être réservé. Nous avons en effet, remplacé un de nos confrères, inspecteur des enfants assistés, et nous avons pu nous assurer que très fréquemment les nourrissons recevaient une nourriture bien défectueuse, et même à deux reprises différentes, nous

avons trouvé une nourrice débile allaitant à la fois et son propre enfant et celui que lui avait confié l'Assistance ; inutile d'ajouter que la santé des deux êtres laissait beaucoup à désirer.

Malgré tout, les conditions physiques en dehors de l'alimentation, telles que la pureté de l'air, l'absence de micro-organismes dans l'atmosphère et l'eau, les soins de propreté plus faciles, suffisent pour augmenter la vitalité, c'est-à-dire la résistance à l'infection d'enfants qui, à Paris, seraient demeurés très faibles.

La seconde manière d'expliquer cette préservation, sur laquelle insiste spécialement M. Hutinel, c'est que les enfants issus de tuberculeux ne respirent pas chez leurs nourriciers les bacilles qui souvent pullulent dans les logements habités par leurs propres parents.

Ainsi, donc, le séjour à la campagne, dès les premiers temps de la naissance, rend à la fois le terrain plus résistant et fait vivre l'enfant dans un milieu où les bacilles n'existent pas ou sont tellement rares, que leur nombre est insuffisant pour faire effraction dans les voies respiratoires.

Comment expliquer cependant que 17 nourrissons sur 20,000 n'ont pu échapper à la tuberculose ?

Et d'abord, il est possible que l'infection directe par la mère pendant la vie intra-utérine, bien qu'exceptionnelle selon nous, puisse exister dans quelques cas. En outre, un certain nombre de nouveau-nés, issus de parents tuberculeux ne sont peut-être transportés aux Enfants-Assistés que quelque temps après leur naissance, et ce séjour, dont la durée n'est pas négligeable, dans un milieu contaminé, suffit pour expliquer l'infection. En dernier lieu, si la tuberculose est exceptionnelle à la campagne, elle n'y existe pas moins, et des nourrissons peuvent être en contact avec des parents de la nourrice eux-mêmes tuberculeux, ou habiter dans les villages, ce qu'on appelle les *maisons maudites*.

Nous croyons utile d'insister spécialement sur ces derniers points. Voici, en effet, comment les choses se passent habituellement : Une paysanne se présente au médecin et réclame un certificat qui lui permette de recevoir un nourrisson. Très consciencieusement, le praticien examine sa malade, il reconnaît qu'elle est exempte de syphilis, de tuberculose, qu'elle a été vaccinée, etc., etc., en un mot que sa santé ne laisse rien à désirer ; il délivre le certificat. La nourrice en possession de cette pièce reçoit un enfant débile, il est vrai, mais non contaminé, et le transporte où ? Dans une maison où quelques années auparavant ont craché des tuberculeux, sont morts des morbilleux, des varioleux, et quelquefois, comme nous l'avons vu également, ont succombé du croup ou de broncho-pneumonie des enfants et même des nourrissons provenant de la même Assistance publique.

D'ailleurs, le mari de la nourrice a bien le droit d'être atteint de maladie contagieuse, il peut parfaitement n'avoir jamais été vacciné. Nous estimons donc que le rôle du médecin-inspecteur ne devrait pas se borner seulement à un examen de la nourrice, mais qu'il devrait consister en outre, dans une enquête sur la santé de l'entourage, l'état des lieux au point de vue de l'hygiène et des maladies contagieuses qui ont pu s'y déclarer antérieurement. Et le certificat délivré à la nourrice pour l'Assistance devrait, avec détails, relater et ces faits et ces circonstances.

Laissons de côté ce point très particulier, que nous nous contentons de signaler à nos confrères des Enfants-Assistés.

Les conclusions pratiques, qui résultent des considérations précédentes sont naturellement complexes.

Lorsque l'on se trouve en présence d'un enfant né d'un père et d'une mère tuberculeux l'*idéal* serait d'envoyer le nouveau-né en nourrice à la campagne et de l'isoler de ses parents *complètement* et *pour toujours*.

La ville et surtout la grande ville devraient lui être interdites pour l'avenir, et son existence orientée vers les occupations de la campagne, et en vue d'un métier rural.

Mais on comprend qu'il n'est pas facile de faire entendre raison à une mère, et d'obtenir, même quand la chose est très possible, une séparation aussi complète et aussi longue.

Et d'abord on cherchera à obtenir que la mère tuberculeuse à un degré quelconque renonce à donner le sein. Une nourrice tuberculeuse ou simplement suspecte, même si elle paraît avoir du lait en grande quantité et de bonne qualité, doit selon nous être considérée comme dangereuse. Non pas que nous regardions comme fréquent le passage direct de microbes dans le lait, à moins bien entendu qu'il ne s'agisse de tuberculose du sein, mais nous devons tenir grand compte des produits sécrétés par les bacilles de Koch. Les ptomaïnes produites par les bacilles localisés par exemple au niveau du poumon passent dans le sang, et sont éliminées par les glandes mammaires aussi bien que par les reins et le foie, et doivent se rencontrer dans le lait au même titre que des alcaloïdes ou des médicaments quelconques administrés à la mère. Il est très probable que ces poisons animaux, ingérés chaque jour à plusieurs reprises, contribuent à affaiblir l'organisme de l'enfant, qui devient ainsi de plus en plus *tuberculisable*. Nous pouvons donc dire, le fœtus était intoxiqué au sens chimique du mot, par les toxines du sang de la mère, qui par osmose passaient dans le placenta, le nouveau-né continue à être empoisonné par ces mêmes toxines qui du sang passent dans le lait. Et si malheureusement nous sommes impuissants devant l'empoisonnement lent pendant la vie intra-utérine, nous pouvons y mettre un terme après la naissance en défendant absolument le lait maternel. N'insistons pas trop sur ce point délicat, mais qu'il nous soit permis d'émettre l'idée, que les ptomaïnes du bacille de Koch agissant *pendant longtemps* sur le jeune organisme avant et après la naissance, contribuent à créer la prédisposition, qui alors n'existerait pas toute formée dans l'état primitif de l'ovule ou du spermatozoïde (1). Il y aurait donc lieu de distinguer prati-

(1) Ces idées paraîtront inadmissibles aux partisans de la tuberculine de Koch, constituée comme chacun le sait par les toxines sécrétées par le bacille de la tuberculose cultivé en dehors de l'organisme. Nous ferons remarquer simplement que la kochine révèle la maladie et a la prétention de la guérir, mais ne la prévient pas, c'est-à-dire *ne vaccine pas* l'individu. D'ailleurs il doit en être de ces toxines, comme des alcaloïdes végétaux, employés en médecine ; à faibles doses, elles sont peut-être utiles, mais à doses fréquemment répétées, elles cessent d'être médicamenteuses pour devenir toxiques.

quement l'influence héréditaire du père, extrêmement faible, et celle de la mère très importante au contraire, sur l'apparition de cette prédisposition. Mais c'est un problème nouveau, qui exige des observations cliniques très délicates et très difficiles, et qui sera résolu un jour, nous en sommes convaincu.

Donc on donnera une nourrice et même le biberon plutôt que le lait de la mère tuberculeuse, et l'on convaincra cette dernière, en lui expliquant qu'il s'agit de son propre intérêt aussi bien que de celui de son enfant. Mais la chose n'est pas souvent très facile, surtout dans les populations ouvrières, où d'ailleurs le médecin est appelé pour un enfant qui s'athrepsie, à donner ce conseil souvent trop tard.

Dans le cas où les parents ne veulent pas ou plutôt ne peuvent pas se séparer du nouveau-né, le rôle du médecin est particulièrement complexe, et il ne devra pas négliger de donner les mille et mille petits conseils dont chacun aura son importance. La question de l'allaitement sera tranchée comme nous l'avons indiqué, si la mère est tuberculeuse ; et pour diminuer les chances d'infection de l'enfant, il sera nécessaire de montrer au père ou à la mère malades, combien leurs baisers, leurs caresses sont dangereux ; on les habituera aux règles de l'hygiène usitées couramment en pareil cas ; s'ils habitent depuis longtemps une chambre où ils ont toussé, craché, *on leur conseillera un nouveau logement*, sain, bien aéré et bien ensoleillé, où dès le début ils s'astreindront à des habitudes de propreté absolument strictes. Nous n'insistons pas sur les antiseptiques même populaires, dont ils devront se servir, et qui auront ici leur grande utilité. En conseillant, et surveillant à l'occasion toutes ces mesures de précaution, le médecin sauvera peut-être de nombreuses existences.

Docteur PARISOT.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Association générale et l'indemnité maladie

A la suite de la prise en considération de différents vœux par l'Assemblée générale de l'Association générale, la circulaire suivante a été adressée par le Président et le secrétaire général aux Présidents des Associations locales :

Paris le 25 mai 1892.

1°. — *Vœux pris en considération par l'Assemblée générale de 1892.*

Monsieur et très honoré Confrère,

Nous avons l'honneur de vous informer que, dans sa séance du 25 avril 1892, l'Assemblée générale de l'Association a pris en considération les vœux ci-après :

A. — Vœu de la Société des Landes :

Que l'Association étudie et fasse étudier par les diverses Sociétés locales les modifications qu'il est urgent d'apporter aux exigences de la nouvelle loi militaire, en ce qui concerne les étudiants en médecine.

B. — Vœu de la Société des Hautes-Pyrénées :

Que le Conseil général intervienne auprès des pouvoirs publics, afin que les médecins qui ne pratiquent qu'aux eaux thermales, pendant l'été, cessent d'être assujettis à une seconde patente dans la localité où ils résident l'hiver sans y exercer leur profession.

C. — Vœu de la Société de Toulouse :

Que l'impôt de la patente ne porte que sur la partie de l'appartement affectée à la profession, et non sur l'ensemble de l'appartement dont l'étendue ne dépend pas seulement des nécessités de la profession, mais du nombre de membres qui composent la famille.

(Un vœu analogue a été formulé, le 9 février 1891, par le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine, et transmis à la Commission des patentes de la Chambre des Députés.)

D. — Vœu de la Société des Hautes-Pyrénées :

Qu'on ajoute à l'article 23 des statuts de l'Association générale que « sur la demande de dix délégués, le vote aura lieu par appel nominal ».

Le Conseil général vous prie d'inviter votre Société locale à s'occcuper avec soin de ces différentes propositions. Elle aurait à donner, pour chacune d'elles, son opinion motivée, d'abord sur les questions de principe qu'elles soulèvent, et, en cas d'avis favorable sur ce premier point, à préciser les procédés pratiques qu'elle croit devoir recommander de suivre pour l'application.

Les réponses qui nous seront adressées sur ces différents vœux devant servir de base aux rapports qui seront présentés, lors de la prochaine Assemblée générale, nous vous prions instamment de veiller à ce que les conclusions de votre Société parviennent, avant le 1er *février* 1893, *dernier délai*, au Secrétaire général, M. le docteur A. Riant, 138, faubourg Saint-Honoré, Paris.

2°. — *Propositions votées à l'unanimité par l'Assemblée générale de* 1892 *relativement à* l'INDEMNITÉ-MALADIE.

Dans sa séance du 25 avril 1892, l'Assemblée générale a voté à l'unanimité les deux propositions suivantes :

1° *Soumettre le projet exposé dans le Rapport de M. Bucquoy à l'examen des Sociétés locales, et leur demander* **par oui ou par non**, *leur opinion sur ce projet.*

2° *Leur proposer, si elles sont favorables à ce projet, de porter* **de 12 à 20 francs** *le chiffre de la cotisation.*

Nous avons donc l'honneur de soumettre aux Société locales ces deux propositions relatives à l'*Indemnité-maladie*, en priant Messieurs les Présidents ou secrétaires de répondre, non par une délibération détaillée, mais simplement par *oui* ou par *non*, si leurs Sociétés acceptent les conclusions du Rapport de M. Bucquoy, précédemment envoyé et publié *in-extenso* dans l'Annuaire, et si, favorables au projet d'*Indemnité-maladie*, elles consentent à porter de 12 à 20 francs le chiffre de la cotisation. Chaque Société est invitée à provoquer, sur ces deux points, un vote formel de son Assemblée, et à faire connaître, dans le plus bref délai, ce double vote à M. le Secrétaire général du Conseil (*par lettre*) et sans attendre le compte rendu imprimé).

Veuillez agréer, Monsieur et cher Confrère, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Le Secrétaire général, Dr A. RIANT. — *Le Président de l'Association*, Le Professeur LANNELONGUE.

Il nous est impossible de ne pas faire remarquer l'insuffisance de cette simple note en ce qui concerne la question *indemnité-maladie*.

Les Sociétés locales appelées à répondre *par oui ou par non* vont se trouver dans un singulier embarras si elles n'ont pour s'éclairer que le compte rendu de la séance du 25 avril. N'y verront-elles pas que le Conseil judiciaire a prétendu que l'unanimité des adhésions des Sociétés locales était nécessaire ? Entre les affirmations les plus contradictoires qui se sont produites, quelles sont celles qui obtiendront créance devant elles ?

Nous aurions souhaité que la circulaire pût leur donner un exposé des divers systèmes successivement mis en avant et que le Conseil Général se fût nettement prononcé en faveur de celui qui lui paraissait pouvoir être admis.

Oui ou non, le projet Bucquoy est-il lié à l'adoption de l'élévation à 20 francs de la cotisation ? Oui ou non, peut-il être admis avec le maintien de la cotisation à 12 francs et l'abandon du système de la capitalisation indéfinie ? Oui ou non, l'unanimité des adhésions des Société locales est-elle indispensable ? Ce sont là autant de questions dont la solution préalable s'impose aux Sociétés locales avant qu'elles puissent répondre *oui* ou *non*.

Les idées soutenues sur l'indemnité-maladie par le *Concours Médical* sont assez connues pour que nous puissions dire que le projet Bucquoy ne répond guère à nos aspirations ; nous estimons néanmoins qu'il peut rendre de signalés services en attendant le jour où l'indemnité secours fera place à l'indemnité de droit.

Nous en conseillons donc à tous l'adoption.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association syndicale des médecins de la Haute-Saône.

Assemblée générale du 30 *septembre* 1891.

M. le Président Clément ouvre la séance en payant un juste tribut de regrets à MM. les Drs Voisard et Graz décédés et continue ainsi :

Depuis notre dernière réunion, la loi sur l'exercice de la médecine revisant celle de l'an XI, si impatiemment attendue, a été enfin votée par la Chambre des députés.

C'est grâce surtout à l'énergie, à l'ardeur, à la patiente obstination du docteur Chevandier, de la Drôme, que cette loi, déposée par lui en 1891, a été enfin votée. Les membres des Associations syndicales ont offert, le 19 juillet dernier, un banquet à la Commission parlementaire dont faisait partie notre Confrère le député Signard, et présenté à son vaillant Président un objet d'art acheté par souscription. Nous regrettons vivement de n'avoir pu concourir à cet achat, aucune réunion n'ayant eu lieu après l'ouverture de la souscription, et peut-être avons-nous été trop scrupuleux de la légalité, en n'osant pas prendre sur nous de prélever une somme importante sans vote préalable.

Mais, Messieurs, cette loi, il faut bien le dire, est due aussi à l'initiative du *Concours médical*, organe de l'Union des Syndicats ; et toutes nos Associations ont été appelées à donner maintes fois des avis motivés, qui ont stimulé, encouragé et appuyé nos législateurs. Notre Syndicat, en particulier, s'est prononcé à plusieurs reprises sur diverses questions relatives à cette loi, et notre Confrère Signard, qui assistait à nos délibérations, a présenté nos vœux à la Commission parlementaire.

Mais, Messieurs, cette loi, votée à la Chambre des députés doit bientôt venir devant le Sénat. Là aussi, nous aurons à faire entendre nos vœux et doléances, que pourra présenter notre nouveau sénateur, notre confrère Levrey.

Cette loi, en effet, bien qu'en réel progrès sur l'ancienne, n'est pas parfaite, ce qui tient à ce qu'on a été obligé, pour aboutir, à faire des concessions, à faire de l'éclectisme parlementaire. Il y aura, au Sénat, beaucoup plus à défendre l'intégrité du texte de la Chambre des députés qu'à ajouter et à innover.

En ce qui concerne l'article 1er concernant la suppression de l'officiat de santé, vous avez répondu avec empressement au questionnaire qui vous a été récemment envoyé, ce qui a permis au Conseil général d'émettre un vœu conforme à vos vues.

L'article de cette loi le plus important, le capital, à nos yeux, sur lequel les Syndicats se sont le plus énergiquement prononcés, est l'article 18, qui *reconnaît d'une manière catégorique l'existence légale de nos Syndicats*, et permet aux Médecins, contrairement à l'interprétation des magistrats de Domfront confirmée par la Cour d'appel de Caen, de se constituer en Syndicats et d'ester en justice.

Un autre article de la nouvelle loi sur lequel nous aurons probablement à délibérer, surtout quant à l'application, est l'article 20.

Messieurs, nos discussions futures ne porteront pas seulement sur l'interprétation et l'exécution de la nouvelle loi. Celle-ci est le point de départ d'autres lois concernant la médecine, car on nous promet formellement (art. 19) la révision du tarif du 18 juin 1811 et des honoraires médico-légaux, lors de la réforme du Code d'instruction criminelle.

Nous devrons nous tenir prêts et montrer la compétence de nos Syndicats et autres Associations médicales à défendre non seulement nos intérêts professionnels, mais aussi les intérêts généraux et sociaux.

....

Un de nos Confrères de Besançon, le docteur Gauderon, à la suite d'un procès qu'il eut à soutenir contre une Compagnie d'assurances, pour refus d'un certificat attestant le genre de mort d'un client, a lu dernièrement, à la Société de médecine du Doubs, un rapport sur ces questions, et dont les conclusions résument en quatre propositions les devoirs du Médecin des Compagnies d'assurances et ceux du Médecin traitant dans leurs rapports avec celles-ci. Voici ces conclusions :

1o Le Médecin de la Compagnie d'assurances est tenu, par l'article 378 du Code pénal, à garder le secret des déclarations à lui confiées par la personne à assurer ; et, comme corollaire de cette obligation, il ne doit jamais laisser entre les mains de l'agent régional de la Compagnie le certificat médical rédigé d'après les déclarations et l'examen du proposant, mais il doit adresser lui-même à l'agence centrale de la Compagnie ce certificat, soigneusement cacheté.

2o Le Médecin traitant ne doit pas accepter d'une Compagnie d'assurances la mission de Médecin examinateur d'un de ses clients qui désire s'assurer à cette Compagnie ; et cela, malgré l'assentiment et même l'insistance de son client.

3o Après décès d'un de ses clients assurés sur la vie, le Médecin traitant doit refuser à la Compagnie d'assurances tout certificat relatif à la durée et au genre de maladie à laquelle ce client assuré a sucombé.

4o Après décès d'un de ses clients, le Médecin traitant ne doit même jamais fournir à une Compagnie d'assurances un certificat relatant le genre de mort auquel un client assuré a succombé, subitement ou dans le cours d'une maladie.

Vous aurez, Messieurs, dans un instant, à décider si nous devons, oui ou non, adopter les conclusions de notre Confrère bisontin.

L'année dernière, la question *indemnité en cas de maladie* a déjà été soulevée, et le docteur Gauthier nous avait promis un rapport. Ce dernier estime qu'il y a lieu d'attendre de nouvelles études par l'Union des Syndicats, où la question peut être mieux posée et d'une manière plus générale.

Il existe sur ce sujet deux propositions examinées déjà par une Commission de vingt Médecins choisis et convoqués par le Conseil général de l'Association ; ce sont les propositions de l'Association de l'Oise et de celle de la Gironde. La Commission a

jugé que ces deux propositions pouvaient se concilier, puisque leurs lignes essentielles sont semblables.

Le n° 13 du *Concours* de 1891 donne le texte de ces deux propositions, la décision de la Commission et un discours du docteur Cézilly à ce sujet, pouvant servir de base sérieuse à une discussion à fond. Cette question reste pendante devant l'Association générale, puisqu'il est décidé qu'on poursuivra les voies et moyens de sa réalisation légale, où, du moins, d'une tolérance équivalente à cette légalité.

Le docteur Spindler, notre futur Président, invité à étudier ces questions, promet son concours.

Avant de terminer, je veux vous prémunir contre les Sociétés de secours mutuels, dont le seul but est d'être charitable, *à nos dépens surtout !* N'acceptons pas d'emblée les fonctions de Médecins de leurs membres : nous serions dupes d'abord, et nous violerions ensuite les articles, pages 18 de nos Statuts et 12 du Compte rendu général de l'année 1884, qui disent :

« Il ne sera consenti à aucun abonnement avec les Sociétés de secours mutuels pour les soins à donner à leurs membres, à moins d'autorisation par la Chambre Syndicale. »

Quand on nous offrira une place de ce genre, répondons qu'un article de nos Règlements nous défend formellement de l'accepter avant d'en avoir prévenu la Chambre syndicale. Celle-ci, forte de sa qualité, fera alors ce que nous ne pourrions, ce que nous n'oserions faire nous-mêmes elle prendra connaissance des Statuts de la Société, les discutera, combattra, résistera aux prétentions, souvent césariennes, qu'on voudrait nous imposer, et obtiendra toujours plus que nous n'aurions pu obtenir nous-mêmes, livrés à nos seules forces. (Voir Compte rendu 1882, p. 4.)

....

J'ai fini, Messieurs, mais permettez-moi de vous rappeler l'article 1er de déontologie :

« Les Médecins honorent leur profession en s'honorant eux-mêmes dans leurs rapports confraternels et, par conséquent, en observant vis-à-vis les uns des autres les plus grands égards en actions et en paroles. »

Laissez-moi encore recommander à ceux d'entre vous qui ne peuvent s'empêcher de médire de leurs Confrères, de ne le faire du moins que dans l'intimité et non en public, en plein café, comme cela est arrivé, au mois d'avril dernier, à X...

N'oublions pas que le Syndicat a été créé principalement pour apprendre, sinon à nous aimer, du moins à nous estimer, à nous protéger réciproquement. C'est en nous respectant nous-mêmes que nous nous ferons respecter des autres.

L'Assemblée générale, après avoir entendu un rapport de M. le Dr Massin sur la dépopulation et reçu communication de l'état de la caisse du syndicat, adopte les résolutions suivantes :

Décès de Membres du Syndicat.

L'Assemblée décide que, désormais, quand un des membres du Syndicat viendra à mourir, le ou les Médecins qui l'auront soigné devront prévenir immédiatement, même par dépêche, le Secrétaire de l'Association, les Délégués de l'arrondissement et les Confrères voisins, du jour et de l'heure de l'enterrement. Elle invite tous ceux de ses membres qui le pourront à assister à cet enterrement et à honorer ainsi la mémoire de leur Confrère.

Assurances sur la vie.

La première proposition du docteur Gauderon est adoptée. La deuxième proposition est écartée comme étant trop absolue ; *tout Médecin restera libre de donner ou de refuser à ses clients un certificat médical* ; il n'aura comme juge que sa conscience.

La troisième proposition est acceptée avec la modification suivante : Le Médecin traitant *peut*, au lieu de *doit*, refuser ; il en est de même de la quatrième proposition : Le Médecin traitant *peut*, au lieu de *ne doit* même jamais fournir, etc.

Sociétés de secours mutuels.

L'Assemblée décide, de nouveau et d'une manière formelle, qu'il est interdit à tout membre d'accepter les fonctions de Médecin de Sociétés de secours mutuels, sans en avoir auparavant référé à la Chambre syndicale.

Propositions Massin. — Vœux à transmettre aux pouvoirs publics.

L'Assemblée adopte les propositions du docteur Massin :

1° Que la loi Roussel du 23 décembre 1874 soit appliquée dans son intégralité, car l'élevage mercenaire ne doit pas échapper à la surveillance sous le couvert de la parenté. (Rapport de M. Richard à l'Académie de médecine.)

2° Que notre législation sanitaire soit mise en rapport avec les découvertes modernes pour assurer à la nation l'immunité des maladies évitables, que le septième Congrès international d'hygiène et de démographie, tenu à Londres le 10 août dernier, a classées de la manière suivante : variole, fièvre typhoïde, dysenterie, choléra.

3° Enfin, que la constatation des décès soit obligatoire.

Et charge ceux de ses membres qui font partie de nos Assemblées publiques, de les transmettre à qui de droit et de les appuyer autant que possible. En même temps, nos Confrères devront aussi demander que la vaccination devienne obligatoire.

Admissions futures au Syndicat.

Il est décidé qu'à l'avenir, tout Médecin qui désirera faire partie du Syndicat devra adresser une demande écrite au Président. Il ne sera admis qu'après un séjour d'un an dans le pays et après un rapport fait sur son compte par deux Confrères choisis par le Président de l'Association.

Il est ensuite procédé au renouvellement du Bureau.

Son élus :

Président : Dr Spindler, de Beauchamp ;
Vice-président : Dr Blanchot, de Grandvelle ;
Secrétaire : Dr Maussire, de Vesoul ;
Trésorier : Dr Schurrer, de Vesoul ;

Délégués.

Arrondissement de Vesoul : Dr Bontemps, de Jussey ;

Arrondissement de Lure : Dr Miroudot, de Villersexel ; Dr Stourme, de Luxeuil.

Arrondissement de Gray : Dr Massin, de Vaucoucourt ; Dr Gourdan Fromentel, de Gray.

REPORTAGE MÉDICAL

A l'Ile-aux-Chiens, dépendance de notre possession de *Saint-Pierre-Miquelon*, un de nos confrères, le Dr *Renault*, doit, par contrat, donner ses soins, moyennant une somme fixe, à tous les habitants. Il jouit de la confiance de tous, à l'exception d'une personne avec laquelle il a eu des difficultés. Il a déclaré que celle-ci, à moins que l'état de la mer ne lui permît pas de recourir à un autre médecin, ne recevrait plus ses soins. L'*Administration* le menace de révocation. Nous trouvons la prétention bien excessive et quelque peu ridicule. Voilà notre confrère *médecin malgré lui*. Le client qui s'impose est une rareté et nous le trouvons très courageux. Son courage fait l'éloge de la probité du Dr Renault.

— *Réforme des études médicales*. — Le ministre de l'instruction publique vient d'inviter les recteurs à consulter les Facultés de médecine sur les propositions suivantes :

1° Organisation dans les Facultés des sciences, après des études secondaires complètes, y compris la classe de philosophie, d'une année d'études théoriques et pratiques comprenant la physique, la chimie et les sciences naturelles, à la place du baccalauréat ès sciences restreint et de la première année des programmes actuels des Facultés de Médecine ;

2° Organisation de quatre années d'études médicales, y compris la physique et la chimie médicales;

3° Remaniement des examens de façon à faire subir pendant la scolarité une partie de ceux qui, actuellement,ne peuvent être subis qu'après la 16e inscription ;

4° Création et organisation, au-dessus du grade professionnel de docteur en médecine, d'un grade supérieur d'ordre scientifique, qui serait exigé pour certaines fonctions de l'enseignement et donné par collation à tout docteur remplissant actuellement une de ces fonctions.

Réservant notre opinion sur les premières propositions,nous ne pouvons,pour la dernière,nous empêcher de protester contre l'état d'esprit qui peut faire proposer de nouveaux grades médicaux, au moment même,où par comparaison avec les autres pays,tout le monde déplore qu'il y ait autant de concours semés sur la route des esprits intelligents, comme des obstacles pour les empêcher de passer. Que pour certains points spéciaux, comme la médecine légale, on exige la preuve de connaissances particulières, rien de mieux. Mais qu'on fasse désormais une ligne de démarcation, un fossé entre les médecins praticiens et les médecins savants, la chose est tellement contraire à toutes les idées de réformes admises, tellement contraire au simple bon sens,que nous devons supposer qu'elle a été suggérée au ministre par un bureaucrate, absolument étranger aux choses de la médecine.

— *Exercice illégal de la médecine.*— Le sieur Jean-Louis Casau, qui bien que n'ayant aucun diplôme, exerce illégalement la médecine depuis vingt-deux ans et qui a subi de ce chef plusieurs condamnations, a de nouveau été poursuivi par le Syndicat des médecins de la Seine.

Par jugement en date du 12 mai 1892,le sieur Jean-Louis Casau a été condamné à 1000 francs d'amende et aux dépens.

(*Bull. off. de l'Ass. synd. des méd. de la Seine.*)

A côté de ce jugement, voici une petite anecdote instructive : Il y a deux jours, je reçois la visite d'un courtier représentant une Société qui fait concurrence au Bottin. Ce courtier venait me demander si je ne désirais pas faire suivre mon nom d'une notice indiquant mes titres et ma spécialité, si j'en avais. Comme je ne paraissais pas bien convaincu de la nécessité de cette petite réclame, il me dit : «Mais il y a beaucoup de vos confrères qui le font»; et il ouvrit son livre à l'article médecins pour m'en donner la preuve. En effet, j'aperçus tout de suite une magnifique réclame prenant un quart de colonne au nom de «Jean-Louis Casau, docteur en médecine, médailles d'or, diplômes d'honneur, etc. » ; et tournant les feuillets je vis encore de belles réclames d'autres guérisseurs illégaux qui exercent soit seuls, soit (hélas !) avec l'aide d'un médecin.

Est-ce vraiment impossible de contraindre les sociétés de publicité à n'admettre dans leurs recueils que les médecins dont le diplôme est enregistré à la Préfecture de la Seine, c'est ce que nous avons l'intention de demander à la prochaine réunion du Syndicat de la Seine.

— M. le docteur Doléris, accoucheur des hôpitaux, commencera le 21 juin,à 4 heures 1/2 du soir, ses leçons sur les affections de l'appareil génital de la femme, d'origine obstétricale.

1° Affections inflammatoires. — 2° Lésions traumatiques et déviations : pathogénie ; étude clinique; thérapeutique.

Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis, de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu (Amphithéâtre Bichat).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

No 3717. — M. le Dr PIGUET, de Nimes (Gard), présenté par M. le Dr Cauvy.

N° 3718. — M. le Dr PETITFOUR, de Ferrières (Loiret), présenté par M. le Dr Chopard.

N° 3719. — M. le Dr FREMONT, de Vichy (Allier), présenté par M. le Dr Berthomier.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le docteur PIERRE, d'Epinal, membre du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

THÉRAPEUTIQUE

QUINQUAUD, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — **Thérapeutique clinique et expérimentale.** In-8 carré de 350 pages, environ avec figures. — Prix : **10** francs.

Ceci est de la moelle scientifique. Le savant et infatigable médecin de Saint-Louis n'a pas oublié ses premières études et ses primitives recherches sur la chimie biologique. Il est convaincu que c'est seulement par l'examen et par la critique des réactions obtenues dans le grand laboratoire de l'organisme que la médecine surprendra le secret de guérir. L'observation de la vie est peut-être la meilleure sauvegarde contre la mort. C'est du moins l'idée générale qui ressort de la lecture de ce livre si laborieusement pensé.

Que le lecteur ne s'imagine pas y trouver des floritures ou des aperçus vagabonds, il se tromperait étrangement. C'est le fait vital enregistré et commenté. C'est l'observation dans sa scientifique nudité et sous son aride sécheresse. Mais combien suggestive est cette lecture ! A ceux qui cherchent les secrets du « comment », je conseille de méditer ce volume.

Dr L.-E. M.

BOUDAILLE (Dr H.), lauréat de la Société française d'hygiène. — **Catéchisme des premiers soins à donner en cas d'accidents avant l'arrivée du médecin.** Cet ouvrage est publié sous le patronage de la Société de sauvetage. 1 volume in-8 carré, 85 pages, avec 45 figures, cartonné. — Prix : **1** franc.

Tel est le titre d'un élégant et précieux petit volume.

L'auteur y a condensé en quelques pages les notices indispensables à toute personne appelée à porter secours. Illustré de nombreuses figures, complété par le tableau des principaux empoisonnements et de leur traitement, nous le considérons comme le guide le plus simple et le plus clair. Son prix modique permet à chacun de le posséder. Dr A. PLOQUIN.

EGASSE (Ed.) et GUYENOT (Dr). — **Eaux minérales naturelles de France et de l'Algérie.** *Leur analyse, leurs applications thérapeutiques*, avec une préface de Dujardin-Beaumetz. Un vol. in-8 de 564 pages. — Prix : **7** fr. **50**.

Comme l'a dit très éloquemment M. Dujardin-Beaumetz, le livre que MM. Egasse et Guyenot présentent au public médical est destiné à combler une lacune, car il n'existait pas, en France, d'ouvrage donnant d'une façon si complète et aussi exacte la composition chimique de toutes les eaux minérales françaises autorisées.

Après de minutieuses et patientes recherches, les auteurs ont pu réunir les analyses de près de mille sources de France et de l'Algérie.

Chaque source a été étudiée de la façon suivante : l'endroit où elle est située, l'altitude, la nature du terrain, l'analyse chimique, le débit, la température ; son rang dans la classification adoptée, ses applications thérapeutiques.

Ce livre a sa place dans la bibliothèque du médecin, qui trouvera tous les documents dont il peut avoir besoin pour diriger ses malades vers une station déterminée ; il sera consulté avec beaucoup d'intérêt également par le pharmacien, qui y trouvera tous les renseignements désirables sur la composition chimique des eaux minérales françaises.

MM. les membres du Concours médical recevront ces volumes *franco*, en adressant un mandat égal au prix marqué, diminué de 20 % à M. le Directeur de la Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Infection grippale à déterminations multiples.

M. *Le Gendre* a vu se succéder, récemment, chez un même sujet en puissance de grippe, une néphrite, une endopéricardite, une pleurésie avec congestion pulmonaire, une phlébite et une amygdalite. Le malade qui a présenté cette série de manifestations grippales était un jeune homme de dix-sept ans, vigoureux, sans aucun antécédent morbide qui, au commencement de février, fut pris soudainement de lassitude, de céphalalgie, d'anorexie et de fièvre. Quelques jours après survint une congestion pulmonaire bilatérale des bases, avec cette diminution générale du murmure respiratoire qui a été signalée comme un des caractères du poumon grippal. Le cœur était tumultueux et il était facile de percevoir à son niveau un frottement péricardique. Les urines contenaient 1 gramme d'albumine par litre et il y avait de l'œdème malléolaire et lombaire. Deux jours après, les urines devinrent sanglantes ; cette hématurie persista jusqu'au 5 mars. Quant à l'albuminurie, elle disparut vers le 10 mars.

La néphrite a donc eu une marche franchement aiguë et une durée de vingt à vingt-cinq jours.

Mais pendant que la néphrite guérissait, le cœur était le siège des plus graves complications :

Péricardite sèche, puis endocardite avec myocardite (rhythme fœtal et tachycardie) ; enfin épanchement péricardique assez abondant pour faire disparaître les bruits du cœur et faire envisager un moment l'éventualité d'une paracentèse ; mais peu à peu l'épanchement s'est résorbé, les frottements ont reparu sur toute la surface du cœur ; néanmoins le malade a conservé vraisemblablement une symphyse péricardique assez étendue.

Pendant ce temps, la bronchite et la congestion pulmonaire s'étaient compliquées d'une pleurésie droite, d'abord sèche, puis avec épanchement médiocre, mais longtemps stationnaire.

Malgré ce nouvel incident, le 21 mars, le malade paraissait en convalescence, lorsque survint une phlébite du membre inférieur gauche qui coïncida avec une recrudescence des phénomènes généraux.

Une goutte de sang prise au doigt et mise en culture par M. Raoult demeura stérile.

Le 12 avril, toute douleur avait disparu de la jambe gauche ; mais, le 13 avril, un dernier incident se montrait sous forme d'une angine amygdalienne, d'aspect pultacé qui a duré jusqu'au 16.

Depuis lors, l'état du malade a continué à s'améliorer, mais avec une grande lenteur, ainsi que cela s'observe habituellement à la suite des manifestations grippales.

Il s'agit là, comme on le voit, d'une infection générale absolument type ; ce qui prouve quel degré de gravité peut atteindre la grippe même chez des sujets sans antécédents.

Diagnostic de la péritonite aiguë et de l'occlusion intestinale.

M. le Dr *Mérigot de Treigny*, dans la *Revue de clinique et de thérapeutique*, revient sur quelques points délicats du diagnostic de la péritonite aiguë et de l'occlusion intestinale. La ressemblance de ces deux maladies est, on le sait, extrêmement fréquente et cause de grands embarras, en clinique, surtout lorsqu'on est invité à intervenir chirurgicalement.

Dans l'une ou l'autre de ces affections, le début peut se faire brusquement, par une douleur intense, limitée d'abord assez nettement, par exemple, à la fosse iliaque droite ou à la région hépatique. Puis rapidement se développent des accidents constituant un tableau très spécial, dont nous nous bornerons à rappeler les points essentiels.

L'altération profonde des traits, avec aspect caractéristique de la physionomie (faciès abdo-

minal) ; l'abaissement de la température, qui tombe au-dessous de la normale et qui aux extrémités produit l'algidité avec cyanose et sueurs visqueuses ; la dépression du pouls, dont les pulsations, rapides et faibles, deviennent parfois comme filées, au lieu d'être nettement détachées ; la faible amplitude de la respiration ; les altérations de la voix, enfin, l'anéantissement des forces ; tout cela prouve l'atteinte profonde portée au système nerveux général. A ces troubles se joignent : l'arrêt plus ou moins complet des fonctions intestinales, les vomissements se répétant à la moindre ingestion de liquides et parfois, mais non toujours, la distension du ventre. La sécrétion urinaire est influencée à un degré variable ; quelquefois elle se supprime presque complètement. Enfin, à titre d'exception, il faut rappeler les symptômes cholériformes, tels que crampes et même contractures.

Ce cortège symptomatique n'existe pas d'une manière constante : il y a des péritonites qui évoluent presque sans autre signe que de la dépression, du collapsus, de la prostration.

Andral et Gübler ont rapporté des cas de ce genre.

Ce syndrome n'est pas la caractéristique de la péritonite, mais seulement du choc péritonéal ; c'est l'ensemble des réflexes résultant d'une irritation intense et brusque des plexus nerveux abdominaux.

En résumé, la difficulté du diagnostic entre la péritonite et l'occlusion intestinale tient le plus souvent, dans les formes aiguës, aux troubles réflexes, qui se surajoutent à l'affection première et qui peuvent masquer les signes propres à celle-ci.

Les éléments du diagnostic sont :

1° La température. En général elle s'élève plus ou moins dans la péritonite ; jamais elle ne monte dans l'occlusion intestinale aiguë, sans complications de péritonite. 2° Les vomissements fécaloïdes dans l'occlusion, bilieux ou porracés dans la péritonite. M. *Poupon* insiste sur la nécessité de constater les vomissements fécaloïdes pour faire le diagnostic d'occlusion intestinale. 3° Le météorisme. Dans l'occlusion, le météorisme est toujours considérable ; il peut avoir une forme irrégulière et présenter sur la région ombilicale ou les flancs une prédominance dont Laugier a montré la valeur. Dans la péritonite au contraire, il est toujours régulier et en général moins accusé. Il semble même que, dans les cas où le choc péritonéal est très intense, le météorisme soit réduit au minimum ; il peut en effet manquer complètement dans les ruptures traumatiques (Bouilly, 1883 ; Schwartz, 1887) et dans certaines péritonites par perforation. Talamon et tout récemment Roux (de Lausanne) ont fait remarquer que, dans l'appendicite suraiguë perforante, l'abdomen, loin d'être ballonné, est au contraire plat, parfois presque excavé, et que la paroi abdominale est rigide et comme contracturée. 4° La constipation absolue avec absence de gaz. Constante dans l'occlusion intestinale, cette constipation n'est pas toujours invincible dans la péritonite ; souvent même il y a émission de quelques gaz soit spontanément, soit à la suite de l'introduction d'une sonde rectale.

L'analyse détaillée de chacun de ces symptômes permet souvent, dans les cas embarrassants, de formuler un diagnostic à peu près sûr.

Cependant exceptionnellement on retrouve en présence d'une péritonite le tableau complet de l'occlusion et le diagnostic immédiat doit être considéré comme impossible.

Dans ces cas la conduite à tenir est particulièrement délicate. On doit alors se guider sur l'inten-

FEUILLETON

Sursum corda !

Pensons et pansons.

Dans notre profession, on rencontre les deux extrêmes : des médecins absolument besogneux, qui, toute leur vie, selon l'expression populaire, tirent le diable par la queue, ce qui est un maigre régal ; — et, d'autre part, un certain nombre d'élus, qui vivent dans l'opulence, à qui tout arrive comme par surcroît, fortune, honneurs et distinctions de tout ordre.

Quelle que soit la valeur de ces derniers, mes sympathies vont tout d'abord vers les petits et les humbles et j'ai pris la plume pour leur adresser des encouragements et des consolations, tandis qu'aux autres, il n'y a qu'à leur rappeler l'humilité, souvent fort précaire, de leurs débuts, pour les engager à être bons et charitables. — Il y a toujours une certaine chance aveugle dans tout succès, dans toute victoire ; mais la générosité le fait oublier et désarme l'envie.

I

A tous les confrères déshérités, qui n'ont qu'une situation modeste, je commencerai par rappeler deux pensées réconfortantes : 1° La vraie fortune, c'est un cœur généreux, plein de nobles sentiments et non un portefeuille bourré de papiers. 2° Qui a de bons amis est assez riche. Or, le médecin de campagne et le médecin de quartier sont vraiment adorés, la plupart du temps, dans le milieu modeste où ils se dépensent sans compter, sachant bien d'avance que leur dévouement ne sera jamais récompensé à sa juste valeur. — Si on ne les paie pas en espèces sonnantes et ayant cours, on s'acquitte en partie envers eux par la vénération dont on les entoure, par la gratitude qui s'épanche de tous les cœurs et de toutes les bouches. — C'est un patrimoine qu'on apprécie peut-être peu sous le péristyle de la Bourse ; mais ce n'est pas là non plus qu'il faut aller chercher des exemples de désintéressement et de haute moralité. — Il y a des âmes droites et en assez grand nombre encore, grâce au ciel, malgré la flétrissure de décadence qu'on ne cesse de nous infliger, qui pensent avec raison qu'il vaut mieux être le fils d'un homme honorable et estimé de tous, quoique sans fortune, que de faire partie de la famille rapace des innombrables spéculateurs et tripoteurs qui mènent grand train, et ne songent qu'à exploiter cette Californie sans limites, qui s'appelle la crédulité des badauds et la confiance des sots.

— Saluons les premiers avec déférence et ne craignons pas de montrer au doigt les batraciens des marécages de la spéculation, de jeter la boule avec un parti pris frondeur dans les quilles de

sité des accidents et la rapidité de leur marche. S'il existe un collapsus très intense, si cet état grave est survenu très rapidement, on ne peut hésiter qu'entre une occlusion aiguë et une péritonite par perforation ; or une intervention chirurgicale est urgente dans un cas comme dans l'autre, le principal inconvénient de l'incertitude du diagnostic est l'embarras dans le choix du procédé opératoire ; mais l'indication de l'intervention ne peut être mise en doute.

Lorsque, au contraire, le choc péritonéal est peu marqué, que les accidents semblent peu menaçants et que l'on croit pouvoir écarter l'idée d'une lésion grave de l'intestin et *a fortiori* d'une perforation, on devra, avant d'avoir recours à la laparotomie, essayer différents moyens tels que le lavage de l'estomac, puis le lavement électrique par la méthode de Boudet, de Paris, qui peuvent être à la fois un traitement opportun et un moyen de compléter le diagnostic.

Un nouvel antiseptique facile à manier : le solvéol.

On étudie beaucoup en Allemagne l'importante question des antiseptiques, car on sait que, malgré l'immense liste de ces corps, que nous possédons, on n'en connaît encore véritablement pas un qui réunisse toutes les conditions requises pour être pratique. Pour ne citer que les plus connus : *l'acide borique* est trop peu puissant ; *l'acide phénique* est caustique, toxique et trop odorant ; *le permanganate de potasse* teint désagréablement les mains et le linge ; le *sublimé* est très dangereux, toxique et détériore les instruments métalliques ; le *lysol* est trop savonneux et trop alcalin, les instruments qu'il imprègne sont glissants, les pansements dans la composition desquels il entre sont trop vite altérés par les cultures de germes qui se développent grâce à la grande alcalinité ; la *microcidine* a les mêmes inconvénients ; les solutions alcalines ne se conservent pas bien. On a donc cherché de nouveau dans le goudron un antiseptique à la fois inoffensif pour le malade et pour le médecin, mais cependant absolument sûr contre les germes. C'est dans les crésyls et particulièrement dans le crésol que l'on croit avoir trouvé un antiseptique vraiment pratique et facile à manier. Le crésol est insoluble dans l'eau, mais on est parvenu à le rendre entièrement soluble en l'associant au crésotinate de soude.

La solution de crésol dans le crésotinate de soude (dérivé de l'acide crésotinique), absolument analogue à la solution d'iode dans l'iodure de potassium, constitue un antiseptique bien plus puissant que l'acide phénique et n'ayant aucun des inconvénients de cette substance. C'est ce mélange de crésol et de crésotinate de soude que l'on a dénommé *solvéol*. La solution peut se faire dans toutes les eaux possibles, même très calcaires, sans aucun précipité, sans aucune altération lente ; elle est limpide, transparente, incolore, d'odeur peu prononcée, absolument neutre au papier de tournesol, non caustique, non toxique (il faut 2 grammes 40 de solvéol pour tuer 1 kilogramme de cobaye) n'altérant ni les instruments, ni les mains du chirurgien, enfin absolument antifermentescible, anti microbienne.

Les solutions se font sans addition d'aucune substance ; l'eau seule suffit :

Solution forte :

Solvéol.................. 4 gr.
Eau...................... 100 gr.

Solution faible :

Solvéol.................. 2 gr.
Eau...................... 100 gr.

---

toute la famille Turcaret, dont le brigandage ne sera jamais assez flétri.

Les réflexions qui suivent comportent aussi un enseignement salutaire :

On amplifie également le malheur et le bonheur ; nous ne sommes jamais si malheureux, ni si heureux qu'on le dit.

***

Les confidences sont des portes par lesquelles la joie s'éclipse à pas précipités et le chagrin à pas lents : Chacun, ici-bas, a son ver rongeur, sa plaie cachée. Le bonheur, c'est comme le Juif-Errant ; une foule de gens croient l'avoir vu passer, mais personne n'a pu l'arrêter.

***

Il faut à l'homme des heures d'adversité, comme il faut, à certains fruits, un hiver sur la paille pour les mûrir et les adoucir.

***

Toutes les ivresses passent vite et laissent souvent après elles de cruels lendemains.

***

Il faut prendre les joies comme des fleurs, là où Dieu les a mises, et où on peut les atteindre.

***

La facilité que les gens ayant de la fortune, ont de satisfaire leurs caprices les mène bien vite au fond de toutes choses ; ils courent sans entraves vers ce qui les attire ; ils essayent de tout, et arrivés au bout, lorsqu'ils se retournent, ils s'aperçoivent que l'espérance est restée en route et que le bonheur a manqué de parole.

***

La vie est amère, mais à la façon de l'absinthe ; quand on en a goûté, on en redemande au garçon.

***

Le moyen le plus sûr de se consoler de tout ce qui peut arriver, c'est de s'attendre toujours au pire.

***

La rose est sans épines pour les sages qui se contentent d'admirer ses couleurs et de respirer son parfum, sans essayer de la cueillir.

***

Le duel entre l'intelligence et la richesse renouvelle tous les jours le combat du prêtre d'Israël contre le géant philistin.

***

Le sage s'endort avec un sourire de pitié pour les vanités humaines ; mais le matin, il s'éveille

Pommade :

Solvéol............... 3 gr.
Vaseline............... 30 gr.

Le prix de revient est très modique ; donc, aussi avantageux que la microcidine et le lysol, mais plus soluble et surtout non alcalin, par suite moins altérable, tel est le solvéol. En solution faible, applicable aux affections oculaires, buccales, pharyngiennes ; en solution forte, excellent comme désinfectant chirurgical et obstétrical ; les plus inexpérimentés peuvent le manier sans danger.

Avantages de la couveuse et du gavage pour l'élevage des enfants nés avant terme.

Il est actuellement nombre de médecins qui doutent encore des résultats fournis par l'emploi de la couveuse et du gavage, pour élever les enfants nés avant terme.

Nous ne leur démontrerons la supériorité étonnante de ces procédés modernes, qu'en mettant sous leurs yeux quelques chiffres, de l'exactitude desquels on ne saurait douter :

« A la Maternité, il naît annuellement environ 400 enfants avant terme.

« Avant l'emploi des moyens spéciaux, la mortalité était de :

« A 6 mois de gestation, 100 % ;
« A 6 mois 1/2, 78,50 % ;
« A 7 mois, 61 % ;
« A 7 mois 1/2, 46 % ;
« A 8 mois, 22 % ;
« A 8 mois 1/2, 12 % ;

« Depuis l'emploi des moyens spéciaux, la mortalité est de :

« A 6 mois de gestation, 84 % ;
« A 6 mois 1/2, 63,40 % ;
« A 7 mois, 50,20 % ;
« A 7 mois 1/2, 23 % ;
« A 8 mois, 11,20 % ;
« A 8 mois 1/2, 4 %. »

Voilà certes des chiffres bien éloquents, et cependant il faut tenir compte de l'état de misère physiologique considérable dans lequel se trouvent bien des mères accouchées à la Maternité. Combien seraient supérieurs des chiffres recueillis dans la clientèle aisée de la ville ! Ne nous décourageons donc pas et ne décourageons pas les parents qui ont la malchance d'avoir un bébé de 6 ou 7 mois de gestation. Ce n'est pas « un fœtus bon à jeter à la boîte à ordures, » comme j'entendais dire un jour à un praticien un peu farouche ; c'est un enfant qui peut vivre et se développer complètement comme un autre, avec quelques précautions de plus. Tant de parents seraient heureux qu'on pût leur donner cet espoir !

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes du pharynx.

La question du traitement de l'hypertrohie des amygdales est depuis longtemps à l'étude et malgré nombre de thèses et de mémoires parus dans ces vingt dernières années, l'opinion reste un peu vague et flottante, quand il s'agit d'appliquer aux différents cas les méthodes variées qu'on a proposées. L'embarras s'est encore accru depuis que la question s'est compliquée de la conduite à tenir en présence de végétations adénoïdes souvent concomitantes de l'hypertrophie des amygdales. Nous essaierons, dans ce rapide exposé, de fixer, autant que possible, les règles de l'intervention et les meilleurs procédés à mettre en usage.

---

avec un sourire de reconnaissance pour le soleil, pour le ciel, pour le créateur des belles choses.

II

Quant aux médecins ultra-favorisés, qui sont censés avoir tiré un gros numéro à la loterie de la vie, s'ils ne sont pas heureux, c'est qu'ils cherchent le bonheur comme on cherche ses lunettes, lorsqu'on les a sur le nez ; il est dans leurs poches et ils n'ont qu'à les vider. — Les avares, pour avoir une raison de ne pas donner, prétendent que l'aumône rabaisse celui qui la reçoit. Ils ont peut-être raison ; seulement ils ne songent point qu'elle relève celui qui la fait, et c'est en quoi ils ont tort.

L'amour excessif des capitaux, qu'ils ne l'oublient pas, est un pêché capital : — Nos semblables ont beau être sceptiques, ne sembler préoccupés que de leurs intérêts ; ils admirent quand même et toujours le vrai dévouement et méprisent souverainement ceux qui ne voient dans l'existence que leur plaisir et leur propre satisfaction, qui marcheraient volontiers sur les autres, si cela pouvait leur éviter de sentir sous leurs pieds le sable du chemin.

Ils estiment avec raison que le riche qui connaît la misère, sans la secourir, devrait être marqué d'un fer rouge.

Ils considèrent, au contraire, comme des êtres privilégiés et dignes de tous les respects, ceux qui usent de leur situation pour atténuer l'infortune, la souffrance, et remettre dans le sentier de la vertu les malheureux que la pauvreté en éloignait.

***

La réponse de celui qui ne veut pas venir en aide aux malheureux est toujours celle-ci : Il y en a tant ! — Mais la Providence n'exige pas que nous tirions de peine tous les indigents ; elle ordonne simplement que chacun accomplisse une parcelle de bien.

***

Faire le bien n'est rien pour les grandes fortunes ; aimer à le faire est tout et une obole gracieusement offerte acquiert un prix inestimable. Il ne faut pas craindre de joindre le sourire à l'aumône, la rose au morceau de pain :

Tel donne à pleines mains qui n'oblige personne ;
La façon de donner vaut mieux que ce qu'on donne.

(Corneille.)

***

La richesse ne doit être, dans les mains de ceux qui la possèdent, qu'un moyen d'élévation morale et de dévouement plus actif au bien du plus grand nombre.

Dr Grellety (de Vichy).

A. Classification des hypertrophies tonsillaires.

Nous insisterons d'abord sur les dispositions variables de ces glandes chez les différents sujets. Cette distinction nous semble d'autant plus importante qu'à chacun des types que nous allons décrire correspond un mode de traitement particulier.

« Les amygdales, enclavées au fond et sur les côtés de l'arrière-gorge, dans la loge fibreuse que tout le monde connaît et qu'a si bien décrite Chassaignac, se présentent sous trois aspects différents (1) :

« 1° Tantôt leur base d'implantation est étroite; ayant alors généralement une forme globuleuse, arrondie, plus ou moins lisse à leur surface ; elles font saillie en dehors des piliers et semblent, pendant les efforts résultant de l'abaissement forcé de la langue, venir s'énucléer au dehors ; c'est la variété d'*amygdales pédiculées*.

« 2° Le second groupe comprend les glandes à base d'implantation large, étalées au fond de la loge, adhérant le plus souvent aux piliers antérieurs qui les recouvrent jusqu'à leur face libre (buccale). Ce sont les amygdales sessiles, appelées par M. de Saint-Germain, *amygdales enchatonnées*, que nous dirons *encapuchonnées*, cette dernière expression nous paraissant rendre d'une façon très exacte l'aspect de ces amas auxquels les piliers antérieurs forment, en effet, comme une sorte de capuchon, tellement adhérent avec le tissu lymphoïde, qu'il est souvent très difficile de voir où finit le pilier et où commence l'amygdale ; c'est dans cette catégorie que nous ferons entrer les amygdales bi ou multilobées, bien que l'on puisse aussi rencontrer cette variété dans le premier type décrit par nous. Ainsi que l'a dit Chassaignac, ces hypertrophies doubles passent assez souvent inaperçues, car l'examen habituel révèle l'existence des amygdales buccales ordinaires et le second lobe disparaît à la vue, caché par la base de la langue, accessible seulement au toucher ou mieux encore à l'examen laryngoscopique. C'est l'existence de ce deuxième lobe, de cette deuxième masse, qui fait croire, dans certains cas, à la repullulation de l'amygdale après l'opération.

« 3° Le troisième groupe comprend les amygdales creusées de vastes ou de nombreux culs-de-sac dans lesquels s'accumulent les sécrétions amygdaliennes (matières caséeuses ou calculs) et que nous appellerons *pseudo-hypertrophies*. Il suffit en effet de dégager les anfractuosités des concrétions qui y sont accumulées, pour faire diminuer considérablement le volume de ces amygdales et voir l'inflammation chronique, dont elles sont généralement atteintes, rétrocéder et contribuer ainsi à restreindre encore leur volume primitif.

Ce 3e type est justiciable d'un traitement particulier.

« Avant d'aller plus loin, nous tenons à établir que toutes les variétés d'hypertrophies amygdaliennes ne sauraient rentrer exactement dans l'un des trois types que nous venons de décrire. On peut, en effet, rencontrer des amygdales appartenant à l'un ou à l'autre groupe ou aux trois en même temps. En effet, il n'est pas très rare de voir une amygdale à moitié pédiculée, ne faisant qu'une saillie limitée en dehors des piliers auxquels elle adhère par le reste de sa surface ; la partie saillante peut même très bien être creusée de loges ou de culs-de-sac plus ou moins profonds, remplis de matière caséeuse ou calcaire. La classification qui précède nous permettra néanmoins d'établir nettement les règles générales du traitement à instituer, traitement que l'on pourra combiner suivant les besoins de chaque cas. »

(1) Traitement de l'hypertrophie des amygdales, par le Dr Moure. Paris, 1892.

A chacun de ces types correspond un mode de traitement particulier. D'une manière générale, il ne peut être question d'amygdalotomie, même dans les cas d'hypertrophie considérable, à moins que le traitement médical n'ait échoué. Contre l'inflammation des glandes, on aura d'abord recours aux badigeonnages avec le jus de citron : ce moyen topique, d'un emploi facile, n'offre pas le moindre danger même chez les jeunes enfants, et a l'avantage de diminuer notablement le volume des tonsilles, de les ratatiner, de les durcir.

M. de Saint-Germain, lui-même, qui a tant d'habileté pour enlever au bistouri les amygdales les plus insaisissables, recommande dans une leçon faite à l'hôpital des enfants en 1875, d'employer toujours, avant toute intervention, des badigeonnages au jus de citron, à la poudre d'alun, à la teinture d'iode. L'acide chromique en solution concentrée est un bon moyen qui donne aussi quelques résultats.

Lorsqu'après avoir essayé ces différents moyens, on n'a constaté aucun changement dans l'état local des amygdales au bout de deux ou trois mois environ, lorsque surtout, les tonsilles entravent notablement la respiration et exposent par suite le malade à la tuberculose pulmonaire par insuffisance de l'hématose, il ne faut plus hésiter un seul instant et le choix d'un mode d'intervention chirurgicale s'impose.

La seule indication pour l'amygdalotomie est, croyons-nous, cette insuffisance d'hématose qui se répercute sur tout l'organisme en provoquant des céphalées, de l'inappétence, des insomnies, de l'amaigrissement, en un mot de l'anémie et secondairement de la tuberculose. Il est bien entendu que nous ne parlons pour le moment que de l'hypertrophie tonsillaire, sans tumeurs ou végétations adénoïdes concomitantes.

B. Traitement a appliquer suivant la variété d'hypertrophie amygdalienne.

1° *Amygdales pédiculées.*

Quel traitement chirurgical devrons-nous leur opposer ? Nous ne sommes pas partisans de la méthode ancienne d'énucléation mise de nouveau en pratique dans ces derniers temps par M. le Dr Bilton Pollard (in *British medical Journal* n° 1640), car il faut agir rapidement, surtout chez les enfants, et les manœuvres d'énucléation sont souvent laborieuses, les amygdales peuvent se déchirer et tomber par fragments dans le tube digestif ou dans les voies respiratoires. Trois moyens sont à notre disposition : le bistouri, l'amygdalotome de Fahnestock ou de Collin, et l'anse galvanique.

Avant d'intervenir, il faut toujours s'assurer

de la parfaite intégrité du pharynx et de la non-inflammation des tonsilles. On se trouve bien de faire gargariser le malade quelques jours avant l'opération avec du borax ou du chlorate de potasse ; le terrain est mieux préparé ; *car il faut à tout prix ne jamais opérer des amygdales enflammées*, même légèrement. C'est un point capital, si l'on ne veut point être exposé aux hémorrhagies.

La deuxième précaution à prendre est celle de *l'insensibilisation* de la gorge : Les uns emploient simplement l'anesthésie locale au moyen de badigeonnages locaux avec une solution de cocaïne à 1/25, dix minutes avant l'opération. Malheureusement l'anesthésie ainsi obtenue est fugace.

Les autres, et en particulier M. Mouré, M. Lubet-Barbon, se servent d'un anesthésique général, surtout chez les petits enfants au-dessous de dix ans et chez les sujets pusillanimes ; c'est au bromure d'éthyle qu'ils donnent la préférence. Leur procédé est simple et permet d'obtenir une anesthésie de courte durée suffisante pour l'opération.

S'il a donné des résultats défectueux à quelques spécialistes, c'est qu'ils ont employé le bromure d'éthyle comme le chloroforme, c'est-à-dire en le versant goutte à goutte et en se préoccupant de laisser respirer en même temps au patient une certaine quantité d'air.

Pour obtenir l'anesthésie avec le bromure, il faut le verser sur le masque en abondance, en excès, de façon qu'après avoir imbibé la flanelle, il coule à côté. Dans ce cas, trois ou quatre inhalations suffisent pour amener une anesthésie.

M. Lubet-Barbon a anesthésié, par ce procédé, un grand nombre de malades, et il n'a pas eu d'accident à déplorer. Quelques sujets ont présenté seulement de l'excitation, de l'exaltation pendant quelques minutes après l'opération. (*Semaine médicale*, 1892, p. 185.)

Le sujet étant ainsi préparé, quel moyen choisirons-nous ?

Le bistouri, bistouri boutonné avec lame de 2 ou 3 c. m. de long, légèrement courbe, concave, terminée par une extrémité boutonnée d'environ 1 c. m. de long, en résumé, assez semblable, comme forme, au bistouri de Cooper pour les kélotomies, le bistouri, disons-nous est l'instrument de prédilection de M. de Saint-Germain. Il doit être introduit dos en bas, lame en haut, en suivant la base de la langue, le long du pilier antérieur, jusqu'à l'extrémité inférieure du lobe amygdalien hypertrophié, pendant qu'un bon ouvre-bouche maintient les mâchoires écartées. L'amygdale étant saisie avec une pince à griffes un peu longue et légèrement recourbée, on sectionne l'amygdale avec le bistouri toujours de bas en haut et un peu de dehors en dedans, en longeant le pilier antérieur. L'opération est courte et ne provoque qu'une hémorrhagie modérée, à condition que l'on termine doucement et prudemment l'incision amygdalienne en approchant de l'extrémité supérieure ; le bistouri s'échappant tout à coup pourrait venir fendre le voile du palais.

Cette opération exige un grand sang-froid et aussi une grande docilité de la part du patient : aussi est-elle peu pratique dans la plupart des cas.

L'amygdalotome de Fahnestock (1), la guillotine à anneaux est extrêmement commode et sans danger, à condition d'avoir des amygdales dont les dimensions concordent bien avec celles de l'anneau amygdalotome.

L'instrument par lui-même est extrêmement pratique, vu la simplicité de son mécanisme qui permet d'agir avec une seule main pendant que l'autre main abaisse la langue ou maintient la tête du malade. Lorsque l'anneau est juste suffisant pour contenir l'amygdale à sectionner, les choses se passent admirablement ; l'instrument est introduit sans hésitation dans le fond de la gorge, l'anneau encadre exactement l'amygdale, la tige médiane est tirée d'un mouvement brusque et tout est fini ; la partie excisée embrochée par l'instrument est ramenée avec lui quand on le retire. L'opération ainsi faite est généralement sans danger, presque sans hémorrhagie chez les jeunes enfants, au-dessous de 10 ans. Mais il faut compter avec certaines petites difficultés spéciales qui retardent souvent la guérison complète.

Et d'abord, les amygdalotomes ne sont quelquefois pas d'une dimension convenable ; ils ne s'adaptent pas bien sur la partie moyenne et externe de la tonsille à exciser.

« Sur 100 opérés, il n'y en a pas vingt pour lesquels l'amygdalotome s'applique exactement. » Il faudrait presque autant d'anneaux différents qu'il y a de sujets à opérer, et la plupart du temps on ne coupe qu'un fragment d'amygdale au lieu de la sectionner entièrement ; la fourche dérape, et l'anneau ballotte dans la gorge, sectionnant au hasard ce qui se trouve dans l'anneau au moment même où a agi la guillotine. De plus, lorsque la lame est un peu fatiguée par des tonsillotomies antérieures, la section n'est pas nette, quelques parties adhèrent encore au moment où on retire l'instrument de la bouche, et se trouvent arrachées. Une hémorrhagie grave peut en résulter.

Outre cet inconvénient du diamètre immuable de l'anneau secteur, nous en reconnaissons un autre bien important aussi, c'est la difficulté de la désinfection de l'instrument avec sa fourche, ses ressorts, ses anneaux plats et enchevêtrés ; l'immersion antiseptique ou l'étuve surchauffée sont insuffisants pour détruire les germes déposés à la surface.

Un troisième procédé, encore mal connu en France et peu pratiqué en général, est celui de l'anse galvanique, le serre-nœud galvanique.

Chacun sait qu'autrefois Chassaignac avait eu l'idée d'appliquer son écraseur à la résection des amygdales, de même que Maisonneuve essaya d'enlever ces glandes à l'aide de son serre-nœud ; mais ces procédés, un peu primitifs, ne donnant pas le résultat espéré, furent vite abandonnés. L'introduction de l'électricité dans la pratique médico-chirurgicale et sa vulgarisation ne devaient pas tarder à éveiller l'idée d'employer l'anse galvanique pour l'extirpation des amygdales ; ce qui fut fait à l'étranger. Knight, en effet, dans un travail sur l'hypertrophie des amygdales, lu en 1889 à la Société de Laryngologie d'Amérique (2), dit que l'opération avec le

(1) *Concours médical* 1886, page 42 et 1891, page 490.
(2) Notes on the galvanocautery in the treatment of hypertrophied tonsils. (Soc. de Laryngol. d'Amérique, IIe Congrès annuel de 1889.)

Franco sur demande
ECHANTILLONS

CORRESPONDANCE

(*Suite*)

Société du Progrès, société dont il n'a jamais fait partie à un titre quelconque.

Dr G., à C. (Haute-Marne). — Dès que ces correspondances inutiles vous excéderont, vous n'aurez qu'un mot à dire et nous ferons de concert avec vous, le choix d'un autre fournisseur.

Dr M., à B. — On vous a envoyé les jugements. Mais le privilège de dernière maladie, en cas de faillite, n'est pas reconnu par la cour de cassation. Nous avons publié votre *don* à la *Société du Concours*.

Dr L., à B. (Gironde). — Nous publierons, dès que nous le possèderons, le texte de l'article et votre réponse.

Dr B., à L. (Vosges). — Souhaits de succès. Nous n'avons pas mis en doute votre affirmation ; nous en avons fait notre profit.

Dr M., à M. (Ardennes). — Nous avons fait ce qui était convenu et publié ce que vous aviez dicté. Notre rôle est fini.

Dr B., 172. Paris. — La loi nouvelle vous donne satisfaction, puisqu'elle prévoit tous les cas d'usurpation de titres.

Dr P., à P. (Vienne). — Regrets de ne vous avoir pas rencontré. Nous publierons la trop courte information que vous nous avez rédigée sur la composition du bureau du syndicat et sur ses actes. Pourquoi le secrétaire n'envoie-t-il pas un compte rendu explicite? Les actes utiles qu'on accomplit ont plus d'effet professionnel lorsqu'ils sont livrés à la publicité.

Dr G., à M. — Pour vous affilier à la caisse des pensions vous devez écrire au secrétaire général, Dr Delefosse, 22, place St Georges. Quant à la demande de poste pour une sage-femme à laquelle vous vous intéressez, nous la publierons, une fois, par exception, pour vous être agréable. Mais nous ne pourrions entrer largement dans cette voie.

Dr C., à L. — C'est nous qui regrettons que l'exiguïté de notre cadre ne nous ait pas permis de reproduire votre travail sur le vide pleural, que vous étudiez sous une forme spéciale. Vous aurez sûrement une occasion plus favorable de le publier.



Dr J., à M. (B.-du-Rh.) — Il est entendu que, désormais, le bulletin vous sera envoyé, selon votre désir. Exprimez nos regrets à vos collègues du syndicat de n'avoir pu, cette année, encore, aller assister à votre réunion. Nous vous félicitons d'avoir un confrère pour maire de la ville. Il sera naturellement bon appréciateur de la légitimité et de la modération habituelle de vos revendications syndicales.

Dr C... — Dès que vous avez un pharmacien dans la commune de votre domicile légal, même auriez-vous un second domicile où vous payeriez 2e patente, vous ne pouvez délivrer même des médicaments d'urgence. L'article 11 du Sénat confèrera ce droit à tous les médecins; mais sera-t-il maintenu ?

Membres du Concours exerçant dans les stations thermales.

Bains (Vosges.)
Pommageot.
Bondonneau (Drôme).
Cazenave de la Roche.
Bourbon-Lancy.
Goëde.
Cauterets.
Duhourcau. — Miquel-Dalton. — Pedebidou. — Bordenave.
Capvern-les-Bains.
Claverie.
Contrexéville
Debout d'Estrées.
Eaux-Bonnes.
Le Riche.
Enghien-les-Bains.
Callias.
Evian-les-Bains.
Rocque.
Gérardmer.
Greuell.
La Bourboule.
Meneau. — Nicolas. — Noir. — Olivier. — Veyrières.
Lamalou-l'Ancien.
Donadieu.
Luxeuil
Barbaud.
Mont-Dore.
Geay. — Tardieu.
Motte-les-Bains (Isère).
De Langenhagen.
Néris-les-Bains.
Morice. — Allot.
Pougues-les-Eaux.
Mignot.
Royat.
Puy-le-Blanc.
St-Honoré-les-Bains.
Marius Odin. — Comoy.
Salies de Béarn.
Vigneau.
Salins.
Compagnon.
St-Sauveur.
Sabail.
Ussat-les-Bains.
Cénac.
Vals.
Lagarde.
Vichy.
Aurillac. — Buffard. — Charnaux. — Frémont. — Grellety. — Navault. — Therre. — Veillon.

serre-nœud électrique est applicable chez l'enfant et qu'elle a l'avantage d'agir en une seule séance ; M. Schmidt (de Francfort-sur-le-Mein) pratique la plupart des amygdalotomies par ce procédé qui est fort peu vulgarisé en France. M. *Garel* (de Lyon), dit simplement M. Désiré dans sa thèse (2), enlève les amygdales avec l'anse galvanique ; mais nous ne connaissons aucune communication relative à ce mode d'intervention dans notre pays. Cependant, il offre des avantages incontestables.

Krishaber fut le premier en France, en 1881, à préconiser cette nouvelle méthode.

Voici comment, M. *Garel*, de Lyon, expose ce procédé :

« Pourquoi l'anse galvanocaustique est-elle encore si rarement employée ? La raison en est dans ce que l'on ne sait pas assez bien régler l'emploi de cette méthode, et surtout en ce que les industriels ont mis entre les mains de tous les praticiens des batteries à treuil à débit irrégulier, inconstant, incapables de maintenir l'anse à la température que l'on désire. Pour ma part, je ne me suis jamais servi des batteries en question ; aussi, depuis plus de six ans, il m'a été permis de remplacer l'ignipuncture et l'amygdalotomie ordinaire par l'anse galvanocaustique pour le traitement des amygdales hypertrophiées.

« Depuis 1881, je ne me sers que des accumulateurs. Ces appareils ont sur les batteries ce grand avantage de donner un débit absolument constant, d'une parfaite régularité. Il n'est plus nécessaire ici de mouvoir à chaque instant un treuil pour mettre la batterie en marche. L'accumulateur ne s'use pas au repos. Il suffit d'appliquer le doigt sur l'interrupteur pour obtenir de suite le passage d'un courant à débit uniforme et constant.

« Pour l'anse galvanique il faut se servir de deux accumulateurs en tension, c'est-à-dire, couplés par pôles contraires. Comme accumulateurs, je puis conseiller ceux de la société l'*Electrique*, de Bruxelles. Cette société fabrique des types spéciaux pour l'usage médical. Ces accumulateurs ont une grande capacité électrique et sont facilement transportables. Le type de deux éléments est le plus commode. Je possède aussi, dans mon service hospitalier, une batterie de deux éléments de la fabrique d'Oerlikon (Suisse). Ces éléments sont également robustes et bien construits. Le liquide est remplacé par de la silice gélatineuse qui permet de transporter facilement les éléments pour les faire charger dans une usine.

« Une fois en possession d'une batterie bien chargée, le point délicat consiste dans le choix du fil de fer. Je me sers pour cela d'un fil de fer recuit galvanisé que l'on trouve facilement chez les fournisseurs pour fleuristes. Le fil galvanisé est bien plus commode que le fil de fer recuit ordinaire ; il glisse plus facilement dans les tubes de cuivre ; il ne se rouille pas, ce qui permet de le monter sans la moindre difficulté. Le numéro du fil varie suivant que les conducteurs électriques sont plus ou moins volumineux, c'est-à-dire plus ou moins résistants au passage du courant. En règle générale, on doit se servir du numéro 14 du commerce ou du numéro 16. Ce dernier est un peu plus fin et par conséquent peut être fondu plus rapidement. Le numéro 14 s'applique bien à la plupart des cas.

« Une fois l'anse montée sur un manche (je donne de beaucoup la préférence au manche de Jacoby), on lui imprime une courbure appropriée à l'amygdale à saisir. On fait une anse ronde ou ovale de manière à mieux embrasser l'amygdale.

On a soin de cocaïniser l'amygdale en totalité en avant et en arrière avec la cocaïne au dixième ou, on pratique l'anesthésie générale au bromure d'éthyle. On place l'abaisse-langue et on introduit l'amygdale dans l'anse. Si l'amygdale a de la tendance à glisser, on fait mordre l'anse en arrière par quelques petits coups répétés sur l'interrupteur ; puis, franchement et sans hésitation, on resserre l'anse d'une façon régulière, toujours en frappant de petits coups sur l'interrupteur suivant la résistance de l'amygdale. L'amygdale est sectionnée d'une façon à peu près instantanée. Pendant que l'on opère la section, on a soin d'enfoncer l'abaisse-langue sous l'amygdale et dès que la section est achevée on imprime à l'abaisse-langue un mouvement de bascule qui ramène en dehors de la bouche la partie sectionnée dans le cas où elle aurait de la tendance à abandonner l'extrémité de l'anse. Dans quelques cas rares, il est vrai, l'enfant avale l'amygdale sectionnée. L'enfant ne souffre absolument pas et laisse enlever l'autre amygdale sans résistance. Il n'en était pas de même de l'amygdalotome, et beaucoup de médecins sont obligés avec l'amygdalotome de remettre à une séance ultérieure l'ablation de l'autre amygdale.

Lorsque l'amygdale est trop volumineuse on l'enlève en deux ou trois fragments.

Dans cette opération, il n'y a pas à craindre que le fil ne se rompe, car le fil de fer d'un diamètre convenable résiste sans se fondre jusqu'à la fin de la section, ne se trouvant pas à l'air libre.

Au commencement, quand l'anse a toute sa longueur, c'est-à-dire la longueur nécessaire pour embrasser l'amygdale, elle est traversée par un courant d'une intensité de 25 à 30 ampères. Il n'en est plus de même quand le fil mord sur le tissu amygdalien. Ce même fil, qui était porté au rouge blanc, tombe ici au rouge sombre, et lorsque l'amygdale est coupée, c'est à peine si l'on voit une légère surface sanguinolente au point de section.

Après la section, on fait faire un gargarisme à l'eau boriquée et, la plupart du temps, il ne vient pas une goutte de sang.

En somme, tout le succès dans ce procédé repose sur une réglementation opératoire précise, c'est-à-dire sur le choix d'un numéro de fil approprié et sur l'emploi de deux accumulateurs réunis en tension.

Avec ce procédé il n'y a pas à s'occuper de l'âge des sujets ; l'opération étant exsangue, s'applique aussi bien aux adultes qu'aux enfants. Le seul inconvénient peut-être, c'est que l'instrumentation est un peu plus coûteuse et plus encombrante pour le médecin qu'un simple amygdalotome à lunette. Cela est vrai ; mais aussi, que d'avantages au point de vue de la sécurité. Ce redoutable accident des hémorrhagies amygdaliennes qui enlève encore parfois

(2) *De l'amygdalotomie dans le traitement de l'hypertrophie tonsillaire.* (Th. Paris, 1890.)

quelques malades (1), est entièrement conjuré.

Quel que soit l'instrument auquel on donne la préférence, les suites de l'opération, ainsi pratiquée, sont des plus simples. Les gargarismes émollients froids, l'alimentation froide sont prescrits pendant quarante-huit heures, et le troisième jour, comme dans l'amygdalotomie ordinaire, le malade ne souffre plus et avale toutes sortes d'aliments (2).

(A suivre). Dr P. HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'assistance médicale dans les campagnes.

La discussion du projet de loi sur l'assistance médicale dans les campagnes a commencé devant la Chambre des Députés.

Ce projet tel qu'il est présenté dans le rapport de M. le Dr Rey (du Lot) a été adopté en première délibération dans la séance du 11 juin.

La discussion en seconde lecture est imminente.

Ce projet, vivement attendu par le corps médical, consacre l'obligation de l'assistance pour les communes et laisse aux départements le soin d'organiser les détails du service au mieux des convenances locales.

Ces principes ont trop souvent été soutenus par nous pour que nous ne nous réjouissions pas de les voir adopter. Mais nous regrettons que l'autorité morale du médecin soit aussi peu sauvegardée, qu'une place aussi insignifiante lui soit ménagée dans la confection des listes.

On usera et on abusera de ses services, cela est certain ; on ne lui donnera qu'une indemnité insuffisante, cela n'est pas moins certain — pourquoi donc lui refuser le droit de donner ses avis toujours éclairés et désintéressés ?

Qui donc mieux que lui connaît les véritables indigents ? qui donc, plus souvent que lui, pénètre dans leurs demeures ? qui donc enfin déjouera mieux que lui les ruses et les supercheries de ceux qui tenteront de surprendre la bonne foi des Commissions ?

Aucun amendement n'a été proposé en première lecture ; nous souhaitons que, dans les délibérations ultérieures soit à la Chambre, soit au Sénat, on admette, lors de la préparation des listes, *tous les médecins du service d'assistance* et qu'on leur donne *voix délibérative* et non plus seulement voix consultative.

Les Conseils municipaux, délibérant à huis-clos pour arrêter les listes, ne nous donnent guère de garanties. Pourquoi, dans ces séances, n'y aurait-il pas des délégués du bureau d'assistance avec voix consultative et parmi ces délégués un médecin au moins ?

Dans plusieurs départements on a admis la coopération du médecin lors de la confection des listes ; nous savons les avantages produits par cette mesure et jamais nous n'avons entendu citer le moindre inconvénient.

Si de tels amendements étaient proposés, ils ne seraient certainement combattus ni par le Rapporteur, ni par M. Monod, commissaire du Gouvernement. Ils auraient donc toute chance d'être adoptés, et cela au grand avantage du fonctionnement du futur service.

A nos confrères d'éclairer leurs représentants.

Voici, dans sa teneur, le projet de loi tel qu'il est sorti des délibérations de la Commission parlementaire et tel qu'il a été adopté en première lecture par la Chambre des Députés.

PROJET DE LOI

TITRE PREMIER

Organisation de l'assistance médicale.

Tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou, s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier.

Les étrangers malades, privés de ressources, seront assimilés aux Français toutes les fois que le gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine.

Art. 2.

La commune, le département ou l'État peut toujours exercer son recours, s'il y a lieu, soit l'un contre l'autre, soit contre toutes personnes, sociétés ou corporations tenues à l'assistance médicale envers l'indigent malade, notamment contre les membres de la famille de l'assisté désignés par les articles 205, 206, 207 et 212 du Code civil.

En ce qui concerne les étrangers, si leur pays d'origine n'a pas de traité de réciprocité avec la France, le recours peut être exercé contre l'employeur.

Art. 3.

Toute commune est rattachée pour le traitement de ses malades à un ou plusieurs des hôpitaux les plus voisins.

Dans le cas où il y a impossibilité de soigner utilement un malade à domicile, le médecin délivre un certificat d'admission à l'hôpital. Ce certificat doit être contresigné par le président du bureau d'assistance ou son délégué.

L'hôpital ne pourra réclamer à qui de droit le remboursement des frais de journée qu'autant qu'il représentera le certificat ci-dessus.

Art. 4.

Il est organisé dans chaque département, sous l'autorité du préfet et suivant les conditions déterminées par la présente loi, un service d'assistance médicale gratuite pour les malades privés de ressources.

Le Conseil général délibère dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 :

1° Sur l'organisation du service de l'assistance médicale, la détermination et la création des hôpitaux auxquels sont rattachés chaque commune ou Syndicat de communes ;

2° Sur la part de la dépense incombant aux communes et au département.

Art. 5.

A défaut de délibération du Conseil général sur les objets prévus à l'article précédent, ou en cas de la suspension de la délibération en exécution de l'article 49 de la loi du 10 août 1871, il peut être pourvu à la réglementation du service par un décret rendu dans la forme des réglements d'administration publique.

TITRE II.

Domicile de secours.

Art. 6.

Le domicile de secours s'acquiert :

1° Par une résidence habituelle d'un an dans une commune, postérieurement à la majorité ou à l'émancipation ;

(1) *Concours médical*, 1892, n. 21, page 243.
(2) *Concours médical*, 1882, page 623.

2° Par la filiation. L'enfant a le domicile de secours de son père. Si la mère a survécu au père ou si l'enfant est un enfant naturel reconnu par sa mère seulement, il a le domicile de sa mère. En cas de séparation de corps ou de divorce des époux, l'enfant légitime partage le domicile de l'époux à qui a été confié le soin de son éducation ;

3° Par le mariage. La femme, du jour de son mariage, acquiert le domicile de secours de son mari. Les veuves, les femmes divorcées ou séparées de corps conservent le domicile de secours antérieur à la dissolution du mariage ou au jugement de séparation.

Pour les cas non prévus dans le présent article, le domicile de secours est le lieu de la naissance jusqu'à la majorité :

Art. 7.

Le domicile de secours se perd :

1° Par une absence ininterrompue d'une année postérieurement à la majorité ou à l'émancipation ;

2° Par l'acquisition d'un autre domicile de secours ;

Si l'absence est occasionnée par des circonstances excluant toute liberté de choix de séjour ou par un traitement dans un établissement hospitalier situé en dehors du lieu habituel de résidence du malade, le délai d'un an ne commence à courir que du jour où ces circonstances n'existent plus.

Art. 8.

A défaut de domicile de secours communal, l'assistance médicale incombe au département dans lequel le malade privé de ressources aura acquis son domicile de secours par une résidence habituelle d'un an.

Quand le malade n'a ni domicile de secours communal, ni domicile de secours départemental, l'assistance médicale incombe à l'État.

Art. 9.

Les enfants assistés ont leur domicile de secours dans le département au service duquel ils appartiennent jusqu'à ce qu'ils aient acquis un autre domicile de secours.

TITRE III.

Bureau et liste d'assistance.

Art. 10.

Dans chaque commune, un bureau d'assistance assure le service de l'assistance médicale.

La Commission administrative du bureau d'assistance est formée par les Commissions administratives réunies de l'hospice et du bureau de bienfaisance, ou par cette dernière seulement, quand il n'existe pas d'hospice dans la commune.

A défaut d'hospice ou de bureau de bienfaisance, le bureau d'assistance est régi par la loi du 21 mai 1873 (articles de 1 à 5), modifiée par la loi du 5 août 1879 et possède, outre les attributions qui lui sont dévolues par la présente loi, tous les droits et attributions qui appartiennent au bureau de bienfaisance.

Art. 11.

Le président du bureau d'assistance a le droit d'accepter à titre conservatoire des dons et legs et de former, avant l'autorisation, toute demande en délivrance.

Le décret du Président de la République ou l'arrêté du préfet, qui interviennent ultérieurement, ont effet du jour de cette acceptation.

Le bureau d'assistance est représenté en justice et dans tous les actes de la vie civile par un de ses membres que ses collègues élisent, à cet effet, au commencement de chaque année.

L'administration des fondations, dons et legs qui ont été faits aux pauvres ou aux communes, en vue d'assurer l'assistance médicale, est dévolue au bureau d'assistance.

Les bureaux d'assistance sont soumis aux règles qui régissent l'administration et la comptabilité des hospices en ce qu'elles n'ont rien de contraire à la présente loi.

Art. 12.

La Commission administrative du bureau d'assistance, sur la convocation de son président, se réunit au moins quatre fois par an.

Elle dresse, un mois avant la première session ordinaire du Conseil municipal, la liste des personnes qui, ayant dans la commune leur domicile de secours, doivent être, en cas de maladie, admises à l'assistance médicale, et elle procède à la revision de cette liste un mois avant chacune des trois autres sessions.

Le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance, le percepteur et un des répartiteurs désignés par le sous-préfet, peuvent assister à la séance avec voix consultative.

Art. 13.

La liste d'assistance médicale doit comprendre nominativement tous ceux qui seront admis aux secours, lors même qu'ils sont membres d'une même famille.

Art. 14.

La liste est arrêtée par le Conseil municipal qui délibère en comité secret : elle est déposée au secrétariat de la mairie.

Le maire donne avis du dépôt par affiche aux lieux accoutumés.

Art. 15.

Une copie de la liste et du procès-verbal, constatant l'accomplissement des formalités prescrites par l'article précédent, est en même temps transmise au sous-préfet de l'arrondissement.

Si le préfet estime que les formalités prescrites par la loi n'ont pas été observées, il défère les opérations, dans les huit jours de la réception de la liste, au conseil de préfecture qui statue dans les huit jours et fixe, s'il y a lieu, le délai dans lequel les opérations annulées seront refaites.

Art. 16.

Pendant un délai de vingt jours à compter du dépôt, les réclamations en inscription ou en radiation peuvent être faites par tout habitant de la commune.

Art. 17.

Il est statué souverainement sur ces réclamations, le maire entendu ou dûment appelé, par une Commission cantonale composée du sous-préfet de l'arrondissement ou de son délégué, du conseiller général ou, à son défaut, d'un conseiller d'arrondissement dans l'ordre de nomination et du juge de paix du canton.

Le sous-préfet ou, à son défaut, le juge de paix préside la Commission.

Art. 18.

Le président de la Commission donne, dans les huit jours, avis des décisions rendues au sous-préfet et au maire, qui opèrent sur la liste les additions ou les retranchements prononcés.

Art. 19.

En cas d'urgence, dans l'intervalle de deux sessions, le bureau d'assistance peut, sous l'approbation du maire, admettre provisoirement, dans les conditions de l'article 12 de la présente loi, un malade non inscrit sur la liste.

En cas d'impossibilité de réunir à temps le bureau d'assistance, l'admission peut être prononcée par le maire qui en rend compte, en comité secret, au conseil municipal dans sa plus prochaine séance.

Art. 20.

En cas d'accident ou de maladie aiguë, l'assistance médicale des personnes qui n'ont pas le domicile de secours dans la commune où s'est produit l'accident ou la maladie incombe à la commune,

dans les conditions prévues à l'article 21, s'il n'existe pas d'hôpital dans la commune.

L'admission de ces malades à l'assistance médicale est prononcée par le maire qui avise immédiatement le préfet et en rend compte au conseil municipal dans sa plus prochaine séance.

Le préfet accuse réception de l'avis et prononce dans les dix jours sur l'admission aux secours de l'assistance.

Art. 21.

Les frais avancés par la commune, sauf pour les dix premiers jours de traitement, sont remboursés par le département d'après un état régulier dressé conformément au tarif fixé par le conseil général.

Le département, qui a fourni l'assistance, peut exercer son recours contre qui de droit. Si l'assisté a son domicile de secours dans un autre département, le recours est exercé contre le département, sauf la faculté pour ce dernier d'exercer à son tour son recours contre qui de droit.

Art. 22.

L'inscription sur la liste prévue à l'article 12 continue à valoir pendant un an, au regard des tiers, à partir du jour où la personne inscrite a quitté la commune, sauf la faculté pour la commune de prouver que cette personne n'est plus en situation d'avoir besoin de l'assistance médicale gratuite.

Art. 23.

Le préfet prononce l'admission aux secours de l'assistance médicale des malades privés de ressources et dépourvus d'un domicile de secours communal.

Le préfet est tenu d'adresser, au commencement de chaque mois, à la commission départementale ou au ministre de l'intérieur, suivant que l'assistance incombe au département ou à l'État, la liste nominative des malades ainsi admis pendant le mois précédent aux secours de l'assistance médicale.

TITRE IV.

Secours hospitaliers.

Art. 24.

Le prix de journée des malades placés dans les hôpitaux aux frais des communes, du département ou de l'État est réglé, par arrêté du préfet, sur la proposition des commissions administratives de ces établissements et après avis du conseil général du département.

Art. 25.

Les droits, résultant d'actes de fondations ou des édits d'union, sont et demeurent réservés.

TITRE V.

Dépenses, voies et moyens.

Art. 26.

Les dépenses du service de l'assistance médicale comprennent :

1° Les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service d'assistance à domicile ;

2° Les médicaments et appareils ;

3° Les frais de séjour des malades dans les hôpitaux.

Ces dépenses sont obligatoires. Elles sont supportées par les communes, le département et l'État suivant les règles établies par les articles 27, 28 et 29.

Art. 27.

Les communes, dont les ressources spéciales de l'assistance médicale et les ressources ordinaires inscrites à leur budget sont insuffisantes pour couvrir les frais de ce service, sont autorisées à voter des centimes additionnels aux quatre contributions directes ou des taxes d'octroi pour se procurer le complément de ressources nécessaires.

Les taxes d'octroi votées en vertu du paragraphe précédent seront soumises à l'approbation de l'autorité compétente, conformément aux dispositions de l'article 137 de la loi du 5 avril 1884.

La part que les communes seront obligées de demander aux centimes additionnels ou aux taxes d'octroi ne pourra être moindre de 10 0/0 ni supérieure à 90 0/0 de la dépense à couvrir.

Art. 28.

Les départements, outre les frais qui leur incombent de par les articles précédents, sont tenus d'accorder aux communes qui auront été obligées de recourir à des centimes additionnels ou à des taxes d'octroi, des subventions d'autant plus fortes que leur centime sera plus faible, mais qui ne pourront dépasser 90 0/0, en y comprenant la subvention de l'État dont il est question à l'article suivant, ni être inférieures à 10 0/0 du produit de ces centimes additionnels ou taxes d'octroi.

En cas d'insuffisance des ressources spéciales de l'assistance médicale et des ressources ordinaires de leur budget, ils sont autorisés à voter des centimes additionnels aux quatre contributions directes dans la mesure nécessitée par la présente loi.

Art. 29.

L'État concourt aux dépenses communales et départementales de l'assistance médicale par des subventions aux départements dans une proportion qui variera de 5 à 50 0/0 du total de ces dépenses couvertes par des centimes additionnels ou des taxes d'octroi, et qui sera calculée en raison inverse de la valeur du centime départemental par kilomètre carré, conformément au tableau A ci-annexé.

L'État est en outre chargé :

1° Des dépenses occasionnées par le traitement des malades n'ayant aucun domicile de secours ;

2° Des frais d'administration relatifs à l'exécution de la présente loi ;

3° Des secours exceptionnels en cas de calamité publique.

TITRE VI.

Dispositions générales.

Art. 30.

Les communes, les départements, les bureaux de bienfaisance et les établissements hospitaliers possédant en vertu d'actes de fondations des biens dont le revenu a été affecté par le fondateur à l'assistance médicale des indigents à domicile sont tenus de contribuer aux dépenses du service de l'assistance médicale jusqu'à concurrence du dit revenu, sauf ce qui a été dit à l'article 25.

Art. 31.

Tous les recouvrements relatifs au service de l'assistance médicale s'effectuent comme en matière de contributions directes.

Toutes les recettes du bureau d'assistance, pour lesquelles les lois et règlements n'ont pas prévu un mode spécial de recouvrement, s'effectuent sur les états dressés par le président.

Ces états sont exécutoires après qu'ils ont été visés par le préfet ou le sous-préfet.

Les oppositions, lorsque la matière est de la compétence des tribunaux ordinaires, sont jugées comme affaires sommaires et le bureau peut y défendre sans autorisation du conseil de préfecture.

Art. 32.

Les certificats, significations, jugements, contrats, quittances et autres actes faits en vertu de la présente loi et exclusivement relatifs au service de l'assistance médicale sont dispensés du timbre et enregistrés gratis lorsqu'il y a lieu à la formalité de l'enregistrement, sans préjudice du bénéfice de la loi du 22 janvier 1851 sur l'assistance judiciaire.

Art. 33.

Toutes les contestations relatives à l'exécution soit de la délibération du Conseil général prise en

vertu de l'article 4, soit du décret rendu en vertu de l'article 5, ainsi que les réclamations des commissions administratives relatives à l'exécution de l'arrêté préfectoral prévu à l'article 24, sont portées devant le conseil de préfecture du département du requérant et, en cas d'appel, devant le Conseil d'Etat.

Les pourvois devant le Conseil d'Etat dans les cas prévus au paragraphe précédent sont dispensés de l'intervention de l'avocat.

Art. 34.

Les communes ou syndicats de communes qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs malades peuvent être autorisés par une décision spéciale du Ministre de l'Intérieur, rendue après avis du Conseil supérieur de l'assistance publique, à avoir une organisation spéciale.

Art. 35.

Sont abrogées les dispositions du décret-loi du 21 vendémiaire an II, en ce qu'elles ont de contraire à la présente loi.

TABLEAU A

servant à déterminer le montant de la subvention qui doit être allouée par l'Etat aux départements pour l'assistance médicale, eu égard à la valeur du centime départemental par kilomètre carré.

VALEUR DU CENTIME par kilomètre carré	COEFFICIENT de subvention de l'Etat	DÉPENSES à couvrir par le département et les communes
Au-dessous de 2 francs....	50 %	50 %
De 2 01 à 2 50	45	55
De 2 51 à 3 francs	40	60
De 3 01 à 3 50	35	65
De 3 51 à 4 francs	30	70
De 4 01 à 5 francs	25	75
De 5 01 à 6 francs	20	80
De 6 01 à 8 francs	15	85
De 8 01 à 10 francs	10	90
Au-dessus de 10 francs....	5	95

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de la Vienne.

Dans sa séance du 1er juin, le Syndicat médical de la Vienne a renouvelé son Bureau de la manière suivante :

Président : Dr POULIOT, de Poitiers ;
Vice-Président : Dr GUILLAUD, de Civray ;
Secrétaire : Dr Jules BROSSARD, de Poitiers ;
Trésorier : Dr BUFFET DELMAS, de Poitiers.

A l'unanimité l'Assemblée a décerné l'honorariat à M. le Dr Auché, Président sortant et démissionnaire.

Elle charge son bureau d'intervenir près de l'Union des Syndicats au sujet de l'impôt des chevaux et voitures imposé aux médecins.

Elle examine la question des Sociétés de secours mutuels et prend des mesures destinées à supprimer les sociétaires riches.

Elle aborde enfin la question Assistance médicale (villes et campagnes).

REPORTAGE MÉDICAL

M. *Chevandier* a obtenu l'urgence pour la discussion du projet de loi, retour du Sénat, sur l'*exercice de la médecine*. Il a rédigé et déposé son rapport, qui conclut à l'adoption intégrale du texte voté par le Sénat ; à l'exception, toutefois, de quelques rectifications sans importance, aux divers articles et du renvoi à la commission de la loi sur l'*exercice de la pharmacie*, de l'article XI qui déterminait les conditions dans lesquelles le médecin peut, par exception, exercer la pharmacie.

Comme nous l'avons dit, le médecin continuera à vivre sous l'ancien régime de la loi de germinal an IX, et pourra exercer la pharmacie, sans restriction de distance d'une officine, dès qu'il n'en existe pas dans sa résidence.

— Parmi les distinctions accordées aux membres du *Congrès des Sociétés savantes*, nous remarquons les décorations d'officiers de l'*instruction publique* accordées à deux membres du Concours : MM. les Drs *Hyades* et *Labonne*. M. le Dr *Mangin*, de Roquefort, est nommé *officier d'Académie*.

— *Les femmes-pharmaciennes*. — Au dernier congrès féministe, Mme Blanche Edwards, docteur en médecine, a montré que, s'il était assez difficile aux jeunes filles qui n'ont pas de fortune de devenir pharmaciennes de 1re classe, il leur était facile et peu onéreux d'obtenir le diplôme de pharmaciennes de 2e classe.

— *Dissolution de la Société de Médecine pratique*. — La Société de Médecine pratique, qui fut et qui était restée assez active, vient de se suicider dans les circonstances suivantes :

Un des membres, le Dr F..., spécialiste bien connu, aurait fait ou laissé faire dans son journal des réclames charlatanesques incompatibles avec la dignité médicale. Le conseil de famille de la Société jugea que le coupable ne pouvait plus décemment faire partie de la Société, et, malgré l'acte de contrition du Dr F..., on demanda qu'il fût exclu de la Société. La majorité s'étant prononcée contre ce vœu, de nombreuses démissions s'en suivirent ; et finalement la dissolution de la Société fut votée.

— *Limitation du nombre des Pharmacies en Belgique*. — Sur la proposition de plusieurs membres, la résolution suivante est renvoyée à une commission :

« L'Académie, se plaçant aux seuls point de vue de l'exercice de l'art de guérir et des intérêts de la santé publique, estime que la limitation du nombre des pharmacies est le seul moyen de mettre un terme aux abus existants. » (*Sem. méd.*)

— *La médecine aux Etats-Unis*. — Jusqu'à présent, l'exercice de la médecine a été libre dans toute l'étendue des Etats-Unis ; il en sera peut-être autrement dans quelques années. En effet, nous apprenons par *the Medical Record*, qu'une loi vient d'être promulguée dans l'Etat de Virginie pour réglementer l'exercice de la médecine et de la chirurgie. Etant donné la liberté accordée à chaque état de modifier sa législation, et la facili-

té avec laquelle les Yankees font des changements, il n'est pas téméraire de pronostiquer que, dans quelques années, la plupart des Etats posséderont des lois dans le même sens.

— *Déclaration des maladies contagieuses.* — D'après *the Medical Record*, la ville de Londres paie aux médecins la somme de deux shillings et demi (environ trois francs) pour le rapport de chaque cas de maladie contagieuse. Dans le Connecticut, on paie également une certaine somme, non seulement pour les rapports de maladies, mais aussi pour chaque déclaration de naissance.

C'est un exemple qu'on pourrait suivre. Nous le soumettons notamment aux statisticiens de Paris, qui envoient à chaque décès un bulletin à remplir.

— *Le choléra à Paris.* — Dans une récente clinique, M. Peter avait affirmé la présence à Paris de cas de choléra asiatique, se basant pour cela sur la clinique et sur l'examen bactériologique. Cette affirmation était d'autant moins rassurante qu'elle émanait d'un clinicien expérimenté, membre du comité consultatif d'hygiène.

A la dernière séance de ce comité, M. Proust a affirmé, de la façon la plus formelle, qu'il ne s'agit que de choléra nostras, et que les décès par diarrhée à Paris sont en ce moment de 5 ou 6 par semaine, comme d'habitude à cette époque de l'année.

— *Vaccination obligatoire en Turquie.* — Nous lisons dans la *Revue médico pharmaceutique* de Constantinople que le Gouvernement impérial a décidé de rendre obligatoire la vaccination pour toutes les populations de l'empire.

D'autre part, nous apprenons qu'à Cabestany à quelques kilomètres de Perpignan, la population est décimée par la petite vérole et que la population voisine refuse de se faire vacciner.

Il serait vraiment à souhaiter que les discussions de l'Académie de médecine cessassent d'être un tournoi brillant, mais sans intérêt pratique ; tout le monde y est d'accord, même M. Le Fort, sur ce point que la vaccination obligatoire est une chose désirable, dans l'intérêt de tout le monde. Faudra-t-il encore attendre plusieurs années, pour que le Parlement transforme en loi le vœu platonique de l'Académie, alors que l'expérience est faite depuis longtemps en Angleterre et en Allemagne ?

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

Nº 3720. — M. le Dr Grenier, de Nanteuil (Oise), présenté par M. le docteur Brassart.

Nº 3721. — M. le Dr Dufail, de St-Pierre (Martinique), présenté par M. le docteur Surre.

Nº 3722. — M. le Dr Renault, de l'Ile-aux-Chiens (St-Pierre et Miquelon), présenté par M. le docteur Sabatié.

Nº 3723. — M. le Dr Bourdalé, de Libourne (Gironde), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs des décès de MM. les docteurs Delavente, de Rivarennes (I.-et-L.) et Lacourtiade, de Blaye (Gironde). Tous deux membres du « Concours médical ».

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Libraire-éditeur du **« Concours médical »**, la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

La *Société d'Editions scientifiques*, établie sur les bases de la **Mutualité**, a pour principe de partager par moitié, entre les Auteurs et elle, *tout bénéfice* résultant de la vente des ouvrages.

Baratoux (J.). — **Guide pratique pour l'examen des maladies du larynx, du nez et des oreilles.** Grand in-18, 334 pages, avec 181 figures dans le texte et un atlas de 186 gravures. — Prix : **6** francs, net franco **4 fr. 80**.

Ce manuel, fort complet, est destiné aux médecins et aux étudiants qui désirent s'occuper spécialement des maladies des oreilles, du nez, de la gorge et du larynx.

Ils y trouveront exposés avec une grande clarté les méthodes d'examen utiles pour établir le diagnostic de ces affections, et les principaux modes de traitement employés contre elles.

Une illustration très abondante et très soignée met sous les yeux du lecteur les nombreux instruments d'otoscopie, de rhinoscopie et de laryngoscopie qui ont été recommandés par les spécialistes de tous les pays. X.

Bureau (Dr), professeur agrégé d'accouchement. — **Guide pratique d'accouchement,** conduite à tenir pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couche. Bel in-8 de 420 pages, avec figures. Prix **6** francs.

Le Dr Bureau a su réunir en un manuel portatif l'exposé critique des meilleures méthodes de traitement usitées en obstétrique et, pour présenter la thérapeutique la plus rationnelle, il a rappelé brièvement, à propos de chaque cas particulier, les principaux caractères cliniques. Les médecins qui font des accouchements, les sages-femmes, les étudiants trouveront exposées dans le **Guide pratique d'accouchement** les notions pratiques indispensables pour diriger leur conduite dans tous les accouchements, simples ou compliqués. Un nombre suffisant de bonnes figures accompagne le texte.

Dr C. Delvaille. — **Une mission en Espagne.** *L'hygiène et l'Assistance publique,* avec une préface de M. le Professeur Brouardel, in-8°. — Prix : **3 fr. 50**, net **2 fr. 80** franco pour MM. les membres du Concours médical.

« Notre collègue a donc eu une très heureuse initiative en signalant à M. le Ministre de l'Intérieur l'intérêt que présentait l'étude de l'assistance et de l'hygiène en Espagne. C'était, dit-il, une tentative hardie. Nous pouvons dire que c'est une tentative qui a tenu plus que l'on ne pouvait espérer. Nous avons entre les mains un nouvel argument pour vaincre la résistance que l'organisation de l'assistance et de l'hygiène rencontrent dans notre pays. Nous en remercions M. Delvaille et, si le succès couronne nos efforts, nous n'oublierons pas la part légitime qui lui en revient. P. Brouardel. »

Le Directeur-Gérant : **A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Pathogénie de l'éclampsie puerpérale.

La méthode antiseptique préserve les accouchées et les femmes enceintes même, d'une foule de complications terribles, qui, autrefois, causaient une énorme mortalité. Déjà on a maîtrisé l'infection puerpérale, l'érysipèle et la pyohémie ; peut-être en sera-t-il bientôt de même pour l'éclampsie. Cette redoutable maladie est considérée depuis longtemps comme un empoisonnement du sang, une toxémie, sous la dépendance d'un défaut d'élimination des poisons vitaux par le filtre rénal. La toxhémie, existe, cela est à peu près démontré. Mais quelle est l'origine de ces poisons ? M. le Dr *Hergott*, de Nancy, pense que c'est un microbe, exactement comme pour le poison diphthérique.

Cette opinion a déjà été défendue par M. Doléris qui, après avoir attribué l'éclampsie à un microbe, a professé ensuite l'opinion qu'il s'agit d'une toxémie d'origine inconnue.

Dans le but d'éclairer cette question, dit M. Hergott, j'ai examiné le sang, les urines, le placenta de sept éclamptiques. Le sang et le placenta ne m'ont donné que des résultats négatifs. Les urines contenaient dans cinq cas un microbe particulier, et dans deux cas elles ont donné des cultures pures de ce microbe. Celui-ci se présente sous des aspects différents : tantôt c'est un bâtonnet deux fois plus long que large, tantôt c'est un bacille plus allongé qui s'incurve. Il est facilement colorable par les réactifs ordinaires ; il ne liquéfie pas la gélatine.

Ce microbe est pathogène pour le lapin, surtout pour les lapines en gestation. Ces animaux meurent avec des phénomènes qui rappellent ceux de l'éclampsie ; on observe souvent de la parésie.

J'ai fait la contre-épreuve pour la recherche de ce bacille et j'ai constaté son absence chez deux femmes enceintes normales. Ces sujets n'ont pas eu d'éclampsie.

Je crois donc pouvoir conclure, aujourd'hui, sous réserves, bien entendu, que :

L'éclampsie est due à un bacille spécial qui agirait sur le rein et que là probablement il produirait des toxines : ces toxines agissant sur le système nerveux provoqueraient les convulsions.

Quoi qu'il en soit de la théorie, il est bien certain que ces idées ont une réelle portée ; elles ne peuvent que nous engager à nous laver soigneusement les mains et à laver aussi soigneusement les voies génitales de nos clientes enceintes ou supposées enceintes, quand nous avons à les examiner ; nous serons toujours mathématiquement sûrs de ne pas introduire dans des organismes indemnes, une pléiade de germes pathogènes parmi lesquels peut se trouver celui de l'éclampsie.

Quelques particularités sur le borax.

Jusqu'à présent, on n'avait eu qu'à se louer des bons effets du borax dans les stomatites et les gingivites, et voilà que maintenant il paraît démontré que ce médicament peut être nuisible précisément pour la bouche et provoquer de la gingivite avec liseré.

Ainsi donc, il n'y a pas que le plomb qui puisse provoquer un liseré gingival, et le liseré gingival du borax ressemble tout à fait à celui du plomb. Au point de vue de la médecine légale, cette remarque peut avoir une réelle importance. Il est très probable que ce liseré borique se produit par le même mécanisme que le liseré saturnin, et que le mauvais état des dents et des gencives favorise son apparition.

M. Combemale a aussi observé un liseré à la suite d'administration de sulfate de zinc à un chien. Ces faits prouvent qu'il ne faut pas croire que le liseré plombique soit dû à un dépôt de sulfure de plomb sur les gencives, mais que c'est

dans la pullulation de microbes, due à la salivation et dans les fermentations de tout ordre qu'elle provoque, qu'il faut chercher la cause des stomatites que l'on observe dans les intoxications chroniques d'origine minérale et, peut-être aussi, du liseré gingival.

En tout cas, il est bon de savoir que le médicament qu'on prescrit contre les stomatites, dans bien des cas, est susceptible de provoquer lui-même par un usage répété un liseré spécial analogue au liseré saturnin.

On accuse encore le borax d'autres méfaits :

M. Christiaens eut à préparer un collutoire composé d'une solution de chlorhydrate de cocaïne dans l'eau distillée et d'une solution de borate de soude dans la glycérine. Le mélange de ces deux solutions donna lieu à un abondant précipité, qui fut attribué à l'alcalinité du borate de soude et qui, exclusivement composé de cocaïne, fut redissous par l'addition d'acide chlorhydrique dilué.

M. Christiaens, ayant essayé de traiter par une solution de borax des solutions de divers sels alcaloïdes (chlorhydrate ou sulfate de morphine, de quinine, d'atropine, etc.) obtint toujours la précipitation de l'alcaloïde, précipitation rapide et abondante avec la quinine, plus lente avec la morphine, qui fut ainsi obtenue cristallisée.

D'une manière générale, on peut dire que le borate de soude se comporte comme les alcalis ; il est donc nécessaire d'éviter son association avec les sels alcaloïdes. Le mélange est d'autant plus dangereux que la précipitation est plus lente. Dans le cas de la morphine, par exemple, elle peut passer inaperçue pour le pharmacien, exposant le malade à absorber tout le principe actif dans la dernière cuillerée du médicament. (*El Siglo medico.*)

Traitement de l'acné de la face.

M. le Dr *Renault* résume, dans la *Revue de clinique et de thérapeutique* les différents traitements à opposer à cette affection si gênante et si tenace qu'on observe précisément à l'âge où la coquetterie est la plus explicable et que l'on nomme l'acné de la face. Trois cas sont à distinguer :

1° *Eruptions légères* : Quand il n'existe que quelques pustulettes d'acné disséminées, peu saillantes, une légère excitation tégumentaire suffit ordinairement. On y arrive en lotionnant la face avec de l'eau aussi chaude que le patient peut l'endurer. On peut tolérer une température de 40° environ ; au-dessus, elle devient difficile à supporter. La lotion doit être pratiquée à l'aide d'une petite éponge fine, trempée, avant qu'on ne s'en serve pour la première fois, dans une solution de sublimé à 1/000, afin de la rendre autant que possible aseptique. Il importe, dans le même but, que l'eau employée ait été portée à l'ébullition, puis refroidie à la température acceptable. La lotion sera courte ; il suffira d humecter la face. Mais celle-ci ne devra pas être essuyée. L'application d'eau chaude sera répétée deux fois par jour, matin et soir. Dans l'intervalle des séances, l'éponge sera placée dans un bocal clos, qui aura été lavé à l'eau bouillante ou avec une solution de sublimé à 1/000. En un mot, une propreté minutieuse devra présider à toutes ces opérations.

La lotion doit être continuée avec persistance jusqu'à ce que les saillies se soient effacées.

2° *Eruptions moyennes* : Dans les formes moyennes, caractérisées par des pustules à la fois plus nombreuses et plus volumineuses, il est nécessaire d'employer un traitement plus actif. En pareil cas, les pommades au soufre sont celles qui semblent rendre le plus de services.

On peut employer la pommade suivante :

Vaseline...........	30 grammes.
Soufre précipité....	3 —
Essence de roses...	10 —

Chaque soir, enduire la face de cette pommade et la laisser pendant la nuit ; se laver le lendemain matin à l'eau de son tiède, puis recouvrir la peau d'une couche de poudre fraîche d'amidon.

Peu à peu, les boutons s'affaissent et disparaissent. Comme dans le cas précédent, il faut continuer le traitement avec persévérance, jusqu'à ce que le résultat soit obtenu.

A la place de la pommade au soufre, on peut encore, à l'aide d'un pinceau, badigeonner la face avec les solutions suivantes :

Acide salicylique....	10 grammes.
Ether...............	30 —

ou :

Iodoforme..........	4 grammes.
Ether...............	30 —

Procéder ensuite de la même façon qu'après l'application de la pommade soufrée.

3° *Eruptions confluentes* : En pratique, ce sont les plus intéressantes, celles qui réclament une intervention thérapeutique efficace et active.

Dans ces formes, où l'on trouve ordinairement mélangées et les diverses espèces d'acné inflammatoire et les comédons, c'est encore à la méthode substitutive qu'il faut avoir recours. Mais les moyens seront plus énergiques.

On commencera par frictionner la face plusieurs soirs de suite avec la main enduite de savon noir de potasse. Il ne faut pas essuyer ; la couche savonneuse doit être laissée en contact avec la peau jusqu'au lendemain matin. Celle-ci rougit et devient cuisante. On enlève alors le savon avec l'eau chaude et l'on recouvre la figure d'une couche de poudre fraîche d'amidon.

Cette manœuvre doit être répétée jusqu'à ce que les téguments soient franchement irrités. Il faut en moyenne cinq jours pour arriver à ce résultat.

Dès que l'effet est produit, s'imposent la suspension des agents substitutifs, et l'application réitérée de topiques émollients, tels que : eau tiède de son, d'amidon, de guimauve, coupées de 1/3 environ d'eau boriquée à 20 0/00, employée à titre antiseptique, ou encore pulvérisations tièdes d'eau bouillie. Après chaque lavage, il faut essuyer doucement et appliquer une couche de poudre d'amidon.

Il est exceptionnel que les pustules s'aplatissent ou se vident à la suite d'une première cure. Force est de la renouveler pendant cinq à six semaines, en usant toujours de la méthode alternante, c'est-à-dire en faisant succéder aux topiques irritatifs des remèdes antiphlogistiques qui ramènent la peau à l'état normal.

Il persiste alors un certain degré d'érythème,

que M. E. Besnier combat à l'aide de la lotion suivante :

Soufre précipité / Glycérine......	à broyer au mortier	ãã 25 gr.
Alcool camphré....................		
Eau de rose.......................		

Cette lotion doit être appliquée, le soir, avec l'aide d'un pinceau et rester toute la nuit en contact avec les téguments. On la cessera dès que l'érythème aura disparu.

Malgré l'énergie de cette médication, il arrive que certaines indurations profondes résistent. C'est alors qu'il faut recourir aux procédés chirurgicaux. Nous en recommandons deux : la cautérisation au fer rouge et les scarifications.

La cautérisation peut être pratiquée avec la pointe fine d'un thermo-cautère. L'induration est ainsi détruite et il ne reste qu'une cicatrice faiblement apparente.

L'autre méthode consiste, selon le conseil de M. le Dr E. Vidal, en scarifications linéaires quadrillées. Un des meilleurs scarificateurs est celui qu'il emploie dans le traitement du lupus. Les incisions doivent être très rapprochées les unes des autres, en un mot, figurer de véritables hachures, se coupant perpendiculairement. Elles seront suffisamment profondes pour atteindre les glandes sébacées, mais elles ne diviseront pas les téguments dans toute leur hauteur, de crainte de cicatrices.

Si le traitement local a une importance capitale dans la guérison de l'acné, il ne faut pas oublier qu'il doit être secondé par une médication générale. Or, nous savons, de par l'expérience clinique, que la lésion tégumentaire est en rapport soit avec la constitution arthritique ou scrofulo-tuberculeuse, soit avec des troubles de l'estomac ou des organes génito-urinaires.

Les tisanes amères, telles que le houblon, la gentiane, la pensée sauvage, trouveront donc ici parfaitement leur indication. Mais le médicament par excellence est l'huile de foie de morue seule ou combinée avec le sirop d'iodure de fer, à la dose de trois ou quatre cuillerées à bouche par jour, si l'état du tube digestif le permet. Dans le cas contraire, il faudrait d'abord remédier au fonctionnement défectueux des voies alimentaires. Les grands bains de sel, à la dose d'un kilogramme par bain, rendent également de grands services dans cette espèce d'acné. Le sujet en prendra deux ou trois par semaine, d'une durée moyenne de 1/2 heure chacun.

Le sujet est-il arthritique, ce qui est plus rare, c'est aux alcalins qu'il faut s'adresser, soit au bicarbonate de soude en nature, à la dose de 1 à 2 grammes par jour, soit aux eaux minérales alcalines dont l'administration est réglée par l'état du malade.

D'une façon générale, ces malades boiront peu. Ils éviteront en particulier les liquides qui stimulent la circulation, c'est-à-dire le thé, le café et les alcools. Le mieux serait de ne prendre aux repas que du lait, coupé d'un tiers d'eau alcaline. La liberté du ventre est indispensable. Il importe que les malades le sachent et aient recours, selon le besoin, à une alimentation rafraîchissante ou à des laxatifs légers.

Quant aux eaux minérales, si l'état de fortune du malade lui permet de s'y rendre, leur choix est indiqué par l'état constitutionnel. Aux strumeux, on conseillera les eaux chlorurées sulfurées, les eaux sulfurées calciques et iodiques. Les arthritiques dyspeptiques se trouveront bien des eaux alcalines diverses.

Nouvelle application de la méthode sclérogène. — Guérison des angiomes.

M. le Dr *Deubel*, de Lure, signale une nouvelle application de la méthode sclérogène du professeur Lannelongue, dont la technique a été exposée récemment dans le no 25 du *Concours médical*.

Il relate deux observations fort complètes de tumeurs vasculaires (ou angiomes) guéries par ce procédé. D'après lui, cette méthode aurait l'avantage sur la galvanocaustie de ne produire aucune suppuration et aucun point cicatriciel.

La guérison des nævi vasculaires en particulier serait réalisée facilement ; ceux-ci disparaissent souvent plus ou moins rapidement après la naissance ; mais s'ils prennent de l'accroissement ou s'ils persistent après quelques années, ils seraient supprimés au moyen d'une ou de quelques injections de solution de chlorure de zinc, pratiquées près des bords de la tache ou dans le tissu cellulaire sous-jacent.

Dans les tumeurs à vaisseaux plus développés il serait indiqué d'injecter le liquide à quelques millimètres en dehors de la tumeur afin d'éviter son introduction dans un vaisseau. Malgré les précautions que l'on peut prendre, l'injection du liquide dans une veine se produit parfois dans les injections sous-cutanées et en particulier dans les injections de morphine ; cet accident se traduit par une sensation qui survient immédiatement après l'injection et peut être comparée à la piqûre par une multitude d'aiguilles sur la langue et dans la cavité buccale. Ce picotement a été observé dans les injections intra-utérines pratiquées après l'accouchement et indiquerait la pénétration du liquide dans les veines.

Les injections d'une solution de chlorure de zinc, dans le tissu sous-cutané, sont souvent très douloureuses, mais cet inconvénient pourra être atténué grâce aux moyens d'anesthésie locale dont on dispose aujourd'hui.

Contagiosité et traitement de l'érysipèle de la face.

La Société médicale des hôpitaux de Paris a ouvert une discussion sur la contagiosité et le traitement de l'érysipèle. Comme pour toutes les maladies infectieuses, il y a des partisans de la non contagiosité et de l'inutilité de tout traitement, ce sont les sceptiques à outrance ; d'autres, au contraire, veulent un isolement rigoureux, des précautions antiseptiques parfaites et affirment que le traitement modifie la marche et la durée de la maladie. Nous croyons avec M. *Gaucher* qu'il faut distinguer comme le faisait Gosselin, un érysipèle spontané et un érysipèle traumatique, malgré l'identité des microbes (streptocoques) trouvés dans l'un et l'autre cas. L'érysipèle chirurgical ou traumatique est généralement grave et contagieux à un assez haut degré. L'isolement et l'antisepsie absolus sont de rigueur. L'érysipèle de la face ou mé-

dical est certainement moins contagieux et moins sérieux, sauf dans un seul cas, celui de l'alcoolisme chronique.

M. *Guyot*, qui traite les érysipèles à Beaujon déclare que l'isolement ne lui paraît pas bien nécessaire ; car, dit-il, 70 malades ayant été placés par erreur de diagnostic dans les salles d'érysipèle, depuis six ans, pas un n'a contracté la maladie. Il prétend aussi que le traitement est inutile la plupart du temps.

Pour M. *Sevestre*, dont nous partageons pleinement l'opinion, la différence de contagion entre l'érysipèle et la rougeole tient à ce que le mode de contagion n'est pas le même. L'érysipèle semble se développer lorsqu'il est porté directement d'un malade à l'autre. Avec des précautions antiseptiques la contagion peut être écartée. La rougeole, au contraire, paraît se communiquer par l'air.

Tel est aussi l'avis de M. *Galliard*, médecin du service des érysipélateux à Saint-Antoine. Quant au traitement, il est parfaitement légitime et utile. Si l'on n'arrive pas toujours à faire avorter la maladie locale, on peut notablement diminuer la gravité des phénomènes généraux. L'extrait de quinquina et l'alcool, distribués *larga manu*, combattent avantageusement l'adynamie ; les applications de glace sur la tête, les bains boratés refroidis, quand l'érysipèle descend sur le tronc, abaissent notablement la température. La quinine et l'acide salicylique ne semblent avoir aucune action.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes du pharynx.

(*Suite*).

2° *Amygdales encapuchonnées.*

Ici encore on essaiera préalablement les caustiques, tels que teinture d'iode, acide chromique, nitrate d'argent, etc., et ce n'est qu'au bout d'un certain temps, après échec bien confirmé, qu'on se décidera à intervenir chirurgicalement. Le meilleur procédé est alors l'ignipuncture.

L'ignipuncture a été recommandée par bien des praticiens : de Saint-Germain, Naquet, Ricardeau, Balme, Ruault, Gache, Valat, Barette, Rougier, Terson, etc., pour ne parler que de quelques travaux français.

Pour l'opération, on se sert soit du galvanocautère, sous la forme de pointes ou de couteaux plus ou moins larges, soit du thermocautère de Paquelin. Chez les jeunes enfants que la vue du fer rougi pourrait effrayer, ainsi que chez tous les sujets pusillanimes, il convient d'employer le galvanocautère : introduit à froid dans la bouche et chauffé seulement au moment de son application sur le point à cautériser, il n'a pas de calorique rayonnant et n'expose pas aux brûlures. Chez l'adolescent et à plus forte raison chez l'adulte, on préférera le thermocautère, qui a l'immense avantage de détruire plus de tissus, d'agir par conséquent plus profondément et plus rapidement. On arrive à une cautérisation plus large, plus profonde, au moyen de couteaux larges et épais.

Voici la manière de procéder : l'amygdale à détruire ayant été complètement anesthésiée avec une solution de cocaïne (au 1/10 ou au besoin au 1/5), on prie le malade d'ouvrir la bouche le plus largement possible, en montrant bien ses dents. La langue est alors abaissée, soit avec un simple abaisse-langue tenu de la main gauche, soit avec un ouvre-bouche *ad hoc* (ouvre-bouche de Charrière ou de Mathieu). La pression de la langue sur le plancher de la bouche fait généralement saillir les amygdales au dehors et en avant, par le mouvement de torsion que tout le monde connaît. Prenant alors un couteau galvanique de grosse dimension, nous le plongeons dans la glande hypertrophiée, de dedans en dehors, de manière que le couteau porte sur toute la surface de l'amygdale, depuis son bord pharyngien jusqu'à sa face palatine; le couteau trace ainsi un sillon profond, divisant la tonsille en deux lobes, l'un supérieur et l'autre inférieur. Au-dessus ou au-dessous de ce premier sillon, suivant que nous avons commencé sur la partie inférieure ou supérieure de la glande, nous en creusons un second de manière que la partie de tissu comprise entre les deux se trouve complètement détruite. Si un troisième ou un quatrième sillon sont nécessaires, nous les faisons autant que possible dans la même séance. Trois suffisent généralement pour embrasser la totalité de l'amygdale. Leur profondeur devra être assez considérable pour que le couteau disparaisse tout à fait dans l'épaisseur du tissu carbonisé, par conséquent détruit.

Une fois la cautérisation faite, il est prudent de faire garder la chambre à l'enfant pendant trois ou quatre jours, suivant la réaction consécutive et suivant la saison pendant laquelle on opère. Il est également utile de prescrire un gargarisme ou plutôt un bain de gorge émollient et antiseptique.

S'il s'agit d'un adolescent ou d'un adulte, la manière de procéder sera exactement la même, seulement le thermocautère remplacera le galvano.

Quand les malades ne prennent pas les précautions prescrites, on peut voir survenir, à la suite de ces petites opérations, des accidents généralement sans gravité : hémorrhagie secondaire vers le 5e ou 6e jour, otite moyenne suppurée, ou amygdalite aiguë phlegmoneuse. Il faut être prévenu de la possibilité de ces petites complications pour ne pas en être effrayé.

C. Pseudo-hypertrophies amygdaliennes.

M. Gampert a consacré à l'étude de ce 3e groupe sa thèse inaugurale (Paris 1890). Il dénomme cette affection : amygdalite lacunaire chronique.

Voici en quelques mots, comment il décrit cette variété :

« L'aspect du pharynx est assez variable. Tantôt les amygdales sont rouges, grosses, dépassant les piliers ou les écartant fortement, tantôt elles sont peu développées, cachées entre les piliers, si bien que pour les voir il faut soulever le pilier antérieur. L'état inflammatoire local est assez marqué dans le premier cas ; il est nul ou presque nul, dans le second.

« Les amygdales peuvent être grosses, sans être apparentes, si elles ont subi l'hypertrophie dans le sens antéro-postérieur ; elles écartent les piliers auxquels elles adhèrent le plus souvent. Ordinairement, elles proéminent dans le

pharynx et présentent de nombreux orifices cryptiques d'où sortent des masses blanchâtres.

« Elles sont distendues par ces masses accumulées dans les lacunes qui entretiennent une inflammation chronique ; mais il n'y a pas hypertrophie véritable de tissu adénoïde, c'est une augmentation de volume par distension des cavités et œdème inflammatoire. La meilleure preuve qu'il en est ainsi, est la diminution notable et rapide que subissent ces glandes une fois débarrassées de ces produits caséeux. »

Le traitement est un peu spécial, il porte le nom de discission : tantôt on pratique la discission avec un simple crochet mousse, tantôt on emploie un crochet galvanique comme M. le Dr Garel. Nous donnons la préférence à ce dernier instrument. D'ailleurs, quel que soit le crochet employé, voici comment il faut procéder :

L'amygdale ayant été anesthésiée par les procédés ordinaires et la langue abaissée, on cherche à introduire un crochet mousse ou galvanique porté au rouge sombre, dans une lacune, en essayant de le faire ressortir par l'orifice d'une autre, de manière à charger sur le crochet une bride ou paroi lacunaire, puis d'un mouvement brusque, tirant le crochet au dehors, l'opérateur déchire le tissu friable qu'il avait pris ainsi dans son instrument. L'orifice des cryptes se trouve ainsi peu à peu agrandi et les sécrétions qu'elles contiennent s'échappent librement dans la bouche du malade qui les crache. Suivant la tolérance de chaque sujet, l'on déchire plus ou moins de tissu à chaque séance et l'on vide ainsi plusieurs lacunes (1). On fait suivre cette petite opération, qu'il est bon de ne pas prolonger outre mesure, d'une cautérisation de la poche, au galvanocautère ou avec un tampon de ouate, légèrement imbibé de solution iodo-iodurée de force moyenne.

Telle est la méthode d'Hoffman de Calmettes, de Lubet-Barbon, de A. Martin. La guérison se fait en quelques jours et si cela paraît nécessaire, on fera bien de renouveler la séance de discission au bout de dix à quinze jours.

Les amygdalites lacunaires nous amènent à dire quelques mots des végétations adénoïdes du pharynx et de leur traitement.

D. Végétations adénoïdes pharyngiennes.

Ici, il ne s'agit plus de l'hypertrophie des amygdales, mais de l'hypertrophie de la glande de Luschka.

Cette affection joue un rôle important, non seulement dans la pathologie du nez, du larynx et des oreilles, mais aussi dans celle de l'organisme tout entier. Il y a bien des affections des organes mentionnés plus haut, qui ne sont curables qu'après l'abolition de leur cause, c'est-à-dire l'ablation des végétations adénoïdes.

Les symptômes, provoqués par ces végétations résultent de leur grosseur et de leur situation. Les végétations adénoïdes peuvent atteindre un volume tel qu'elles remplissent toute la cavité naso pharyngienne et alors elles sont visibles après le relèvement de la luette. Quant à leur situation dans la cavité naso-pharyngienne, il n'y a rien de précis à cet égard ; elles peuvent avoir leur point de départ sur la voûte, ou bien sur la paroi postérieure, ou enfin sur une des parois latérales.

Les symptômes de cette affection sont très caractéristiques, surtout dans les cas d'hypertrophie prononcée du tissu adénoïde. Les personnes atteintes accusent, avant tout, une difficulté à la respiration par le nez, elles ronflent en dormant, leur sommeil est agité, interrompu souvent par des accès de dyspnée ; leur bouche est sèche parce qu'elles dorment la bouche ouverte. Ces malades sont prédisposés à l'angine, au coryza ; ils ont une respiration difficile, crachent, etc. Leur parole est monotone, nasillarde. L'expression du visage est celle d'un niais, à cause de la bouche toujours ouverte ; la mâchoire inférieure est pendante et poussée en avant ; la lèvre supérieure est épaissie, le visage allongé, les joues enfoncées, le nez mince, le teint pâle.

A ce tableau, il faut ajouter trois symptômes qui ne sont pas constants d'ailleurs : les *épistaxis*, les *hémoptysies* et l'*aprosexie* du professeur Guye, d'Amsterdam : ce dernier symptôme est caractérisé par l'impossibilité de fixer l'attention sur un sujet donné, l'incapacité absolue de travail intellectuel.

Pour faire le diagnostic des végétations adénoïdes, nous nous servons avec avantage de l'examen digital de la cavité naso-pharyngienne ; le doigt doit être préalablement bien lavé avec la brosse, du savon, de l'eau, du sublimé, etc., pour éviter l'infection par l'examen digital ; puis l'on se place derrière le malade, la main gauche tient la tête, l'index gauche fait une légère pression sur la joue contre les dents, tandis que l'index droit est introduit sous la luette dans la cavité naso-pharyngienne. De cette manière, il est facile de tenir la bouche du malade ouverte ; en même temps le doigt du médecin est protégé et l'on n'a pas besoin d'instruments métalliques pour éviter la morsure par les enfants.

Une fois l'affection reconnue, il faut intervenir chirurgicalement de la manière suivante :

L'enfant étant anesthésié par le bromure d'éthyle ou par le chloroforme, et placé face au jour, dans une position mi-assise, les amygdales doivent d'abord être excisées si elles sont volumineuses, au moyen du galvano-cautère ; puis au moyen de la curette de Gottstein ou de Hartmann, on enlève les végétations en contrôlant toujours l'opération avec le doigt lavé préalablement dans une solution de sublimé à 1/1000e. Les instruments sont plongés une demi-heure avant le commencement de l'opération dans une solution d'acide phénique à 5 pour 100 et ils y restent tout le temps. Pendant l'opération on examine encore avec le doigt toute la cavité naso-pharyngienne. Après, on enlève avec l'ongle les traces de végétations laissées et on lave les narines et la cavité pharyngienne avec des solutions antiseptiques jusqu'à la cessation de l'hémorrhagie. Enfin, il faut nettoyer toute la cavité avec de la gaze iodoformée trempée dans du sublimé à 1/1000 et mise autour d'un doigt. Il est de toute importance de ne pas laisser de petits lambeaux de tissu, la surface avivée doit être tout à fait unie, car autrement il y a à craindre des hémorrhagies secondaires.

Après une telle opération, les malades gardent un repos absolu pendant trois jours ;

(1) *Concours médical*, 1888, page 4.

le quatrième jour seulement on lave la cavité nasale pour la première fois, et le huitième jour pour la seconde ; et alors l'opération est considérée comme finie.

M. Lavrand (de Lille) a formulé les conclusions suivantes à l'égard du traitement des végétations adénoïdes.

1° Les végétations adénoïdes incomplètement enlevées peuvent pulluler à nouveau dans quelques cas, plus nombreux qu'on n'est porté à le croire généralement ; 2° Les moignons, après l'intervention, ne s'atrophient pas toujours, au moins dans un court laps de temps ; 3° Il faut, pour se mettre sûrement à l'abri de ces récidives, faire un curettage minutieux et complet ; et pour cela le sommeil chloroformique est nécessaire.

Dernièrement, M. Rousseaux a proposé à la Société d'Otologie et de Laryngologie de se servir, pour le traitement, des végétations adénoïdes, d'une curette électrique, à la place de la curette de Gottstein ; son procédé ne paraît pas encore adopté, aussi nous contentons-nous de le signaler sans détails.

Conclusions : Les hypertrophies amygdaliennes sont justiciables dans tous les cas du galvanocautère avec accumulateurs :

1. Quand elles sont pédiculées : anse galvanique.

2. Quand elles sont encapuchonnées : cautérisations profondes au galvano-cautère ou au thermo-cautère suivant l'âge des malades.

3. Quand elles sont pseudo-hypertrophiées : discission au crochet mousse ou galvanique.

L'amygdalotome de Fahnestock n'est utilisable que dans certains cas d'hypertrophies amygdaliennes pédiculées.

4. Les végétations adénoïdes du pharynx doivent être extirpées entièrement à l'aide d'une curette tranchante et sous l'anesthésie chloroformique ou bromo-éthylique.

Dr P. Huguenin.

ODONTOLOGIE

De la reconstitution des dents.

Nos lecteurs connaissent, au moins d'une façon générale, les opérations qui se pratiquent en *chirurgie dentaire* sous le nom d'*obturations*. Une dent frappée de carie subit un ramollissement plus ou moins profond, suivant la rapidité des soins qu'on lui oppose, carie dont la conséquence est une perte de substance, une cavité, qu'il est absolument nécessaire de combler de telle sorte qu'elle résiste aux agents de destruction ultérieurs, aux efforts de la mastication, etc. L'ensemble des opérations qui conduisent à ce but se nomme *obturation*.

Si l'on considère les conditions que doit remplir une bonne obturation, solidité, résistance aux frottements, aux agents chimiques, aux fermentations, adhérence à l'ivoire, couleur, etc., on voit que cette opération est très complexe. Aussi a-t-elle donné lieu à l'invention d'un nombre infini de méthodes, parmi lesquelles il en est trois, à peu près seules employées aujourd'hui.

Ce sont les obturations faites :

1° *Au moyen de ciments minéraux.*

2° *Au moyen de ciments métalliques ou amalgames.*

3° *Au moyen de feuilles d'or pur.*

Ces substances sont entassées ou comprimées avec soin dans l'intérieur des cavités de manière à combler le vide.

Les ciments minéraux, composés d'oxychlorures ou d'oxyphosphates de zinc, mélangés à des poudres dures, sont d'un aspect agréable à cause de leur couleur se rapprochant de celle de la dent. Mais ils manquent de solidité ; ils s'usent sous l'influence des efforts de la mastication et même ils sont légèrement attaqués par la salive. On est donc obligé de les remplacer assez souvent.

Les ciments métalliques sont des amalgames, c'est-à-dire des mélanges de mercure et d'un alliage d'argent et d'étain qui prennent la consistance d'une pâte épaisse dont la propriété principale est de durcir rapidement au point d'atteindre à la résistance d'un métal. Ils sont d'une grande solidité et conservent bien les dents ; mais en revanche leur couleur est désagréable à l'œil ; en vieillissant ils se sulfurent et communiquent aux tissus dentaires une couleur noirâtre.

L'or pur est la substance qui jusqu'ici a donné les résultats les plus satisfaisants. Foulé, condensé avec soin, il conserve indéfiniment l'ivoire qui reste intact et sans changement de couleur.

Le seul défaut de l'or pur en feuilles est la difficulté de son emploi.

L'aurification d'une grande cavité exige plusieurs heures d'un travail sans relâche, une patience exagérée de la part du malade et de l'opérateur, des méthodes opératoires souvent insupportables, telles que l'emploi d'une digue de caoutchouc pour éviter le contact de la salive, le choc incessant du maillet de plomb pour assurer le tassement des feuilles, etc., et encore n'est-on pas assuré après tant de soins que tout sera parfait. De plus, l'or fin a une couleur jaune très différente de celle de la dent, mais cependant assez agréable à l'œil.

Tout cela explique la répugnance de beaucoup de malades pour ces opérations fatigantes, et dont le prix est forcément très élevé.

Il faut ajouter qu'aucune de ces trois méthodes ne donne la solution complète du problème ; car, si l'on parvient ainsi à l'obturation à peu près parfaite d'une cavité, on ne remplace que très difficilement ce qui manque à la dent presqu'entièrement détruite par la carie. On bouche le trou, on le remplit jusqu'à ses bords, mais on n'arrive pas à la reconstitution de l'organe.

Notre collègue le Dr *Aguilhon*, qui, depuis près de dix années, donne avec tant de dévouement ses soins aux membres du *Concours médical*, s'est occupé longtemps de ces questions et il est arrivé, par une méthode tout à fait différente des anciennes, à la solution de ce difficile problème. Nous sommes heureux d'être les premiers à en faire connaître les résultats qui marquent le progrès le plus considérable réalisé dans la dentisterie opératoire, depuis longtemps.

Ce procédé opératoire est basé sur la *reproduction* intégrale et absolument exacte, en dehors de la bouche, du fragment enlevé à la dent malade ; il suffit ensuite de le mettre en place et de le fixer au moyen des ciments durs et très résistants déjà connus.

CORRESPONDANCE
(Suite)

Dr O., à J. (Marne). — Il vaut mieux que les avis soient formulés par l'intéressé. On modifie. Nous sommes heureux de vous compter au nombre des membres du Concours.

M. Y., méd. à X. — L'instruction ministérielle du 8 février 1823 dit que les officiers de santé ne peuvent être nommés médecins des hospices qu'à défaut de docteurs, puisque les grandes opérations chirurgicales sont interdites aux premiers. Parfois les commissions administratives qui les nomment, voulant assurer le service de l'hôpital à un officier de santé, alors même qu'il y a des docteurs dans la commune, choisissent comme médecin en chef un docteur éloigné et nomment leur protégé médecin adjoint; cette décision est difficilement attaquable.

Dr M., à B. (Nord). — Les deux erreurs provenaient d'un changement d'adresse mal fait. Tout est rectifié. Nous vous avons envoyé la lettre de l'éditeur en réponse à vos observations.

Dr B., à V. (Allier). — Non, il ne s'agissait pas de vous. Nous avons depuis répondu à ce confrère qui a expliqué les faits. On reproduira, puisque tel est votre désir.

Dr B., à S. (Sarthe). — Nous sommes heureux de vous compter au nombre des membres de notre société. On vous a envoyé un n° qui relate les diverses œuvres du Concours.

Dr M., à T. (Sarthe). — Oui, en vertu de l'instruction du 8 février 1823, vous avez, croyons-nous, le droit de réclamer ce service, s'il venait à être vacant. Mais, déposséder un confrère méritant, peut être excessif.

Dr P., à N. (Gard). — Vous êtes le bienvenu parmi nous, au nom de notre très excellent confrère C.

Dr B., à G. — Nous ne voyons aucun autre moyen que d'écrire aux Directeurs des Etablissements thermaux, pour avoir les indications que vous souhaitez. Ils sont, presque tous, très amplement pourvus.

Dr V. 1489. — Vous nous avez écrit, en 1890, ce qui suit, à propos de la constatation de décès: « Un médecin délivre une fille qui lui confesse, sur ses sollicitations, qu'elle vient de mettre au monde un enfant et qu'elle l'a tué. Le confrère vient me demander s'il devait se taire ; je le lui conseille. Mais, ajoutez-vous, qu'aurait-il dû faire si le service de la consta-

Assurances contre l'incendie

Depuis que la combinaison des assurances contre l'incendie a été arrêtée avec la compagnie du *Phénix*, plusieurs membres du *Concours médical* ont envoyé des notes incomplètes, ce qui entraîne des lenteurs regrettables; pour obvier à cet inconvénient, nous prions nos lecteurs de vouloir bien prendre bonne note de la forme dans laquelle leurs propositions d'assurances doivent être faites.

EXEMPLE :

M. le docteur X. (écrire lisiblement les nom et prénoms), demeurant à X. (écrire lisiblement l'adresse),

1° Une somme de X sur son mobilier personnel (c'est-à-dire : meubles, glaces, pendules, ornements, tapis, tentures, décors, rideaux, garnitures de cheminées, vases, porcelaines, cristaux, lits, literie, linge, effets d'habillement, ustensiles et provisions de ménage et de cave).

Dans la somme de X. l'argenterie, les bijoux sont compris pour une somme de X.

Les châles, dentelles et fourrures pour X.

La bibliothèque et les livres pour X, les instruments de chirurgie pour X.

Les tableaux et objets d'art pour X.

2° Une somme de X sur chevaux, voitures, harnais, ustensiles d'écurie et fourrages.

3° Une somme de X sur risques locatifs (indiquer le prix du loyer et, si l'assuré habite une maison seule, indiquer le prix que peut valoir le ou les bâtiments loués).

Une somme de X sur recours des voisins. (Ce chiffre est à fixer par l'assuré qui doit se baser sur l'importance des sommes auxquelles peuvent être évalués les mobiliers, marchandises ou même immeubles qui ne lui appartiennent pas et qui sont dans la maison qu'il occupe ou dans les maisons qui touchent la sienne. Si l'assuré est isolé de toute habitation et qu'il soit le seul locataire dans sa maison, il est inutile d'assurer les recours des voisins).

L'assurance des risques locatifs a pour but de s'affranchir de la responsabilité qui incombe à chaque locataire en vertu des articles 1733 et 1734 du Code civil.

L'assurance des recours de voisins a pour but d'éviter, autant que possible, de tomber sous le coup des articles 1382, 1383 et 1384 du Code civil.

Indiquer toujours la nature des constructions et de la couverture de l'immeuble occupé, ainsi que les professions qui peuvent y être exercées:

Même observation pour les maisons attenantes.

Si l'assuré est propriétaire de l'immeuble qu'il occupe, il doit le déclarer, fixer le chiffre pour lequel il veut faire assurer son immeuble, déduction faite, bien entendu, de la valeur du sol.

Pour nous résumer, voici le modèle d'une police de mobilier :

1° Mobilier..................	20.000	Les instruments de chirurgie..................	2.000
Y compris l'argenterie et les bijoux pour..................	2.000	2° Chevaux, voitures, harnais, ustensiles, écurie et fourrages..................	6.000
Les châles, dentelles et fourrures pour..................	2.000	3° Risques locatifs (loyer de 1.000 francs par exemple).	15.000
Les tableaux et objets d'art pour..................	2.000	4° Recours des voisins..................	15.000
La bibliothèque et les livres pour..................	2.000		

MODÈLE D'UNE POLICE D'UN IMMEUBLE

Maison et dépendances......	10.000	Recours des voisins...	10.000

tation des décès étant organisé, il en avait été chargé ? Vous voyez quelles difficultés présente la constatation générale des décès. » Votre observation nous est revenue à la mémoire à propos de la demande du secrétaire du Syndicat de la Haute-Saône, qui étudie cette organisation. Nous nous en sommes déjà occupés et nous la reprendrons. Nous publierons bien volontiers les décisions du Syndicat de la Haute-Saône et signalons, au rapporteur, votre cas spécial, qu'il devra discuter.

Dr L., à V. — Nous avons dit, bien souvent, que l'Administration du Concours avise les médecins qui veulent jouir du bénéfice des Assurances à la Cie le Phénix, qu'ils ne doivent pas s'adresser *aux agents locaux*, mais à l'adresse spéciale portée aux annonces, M. Guillotin, chef du bureau de Paris, 33, rue Lafayette.

Membres du Concours exerçant dans les stations thermales.

Ax (Ariège).
Dresch.
Bains (Vosges.)
Pommageot.
Bondonneau (Drôme).
Cazenave de la Roche.
Bourbon-Lancy.
Goëde.
Cauterets.
Duhourcau. — Miquel-Dalton. — Pedebidou. — Bordenave.
Capvern-les-Bains.
Claverie.
Contrexéville
Debout d'Estrées.
Eaux-Bonnes.
Le Riche.
Enghien-les-Bains.
Callias. — Dumur.
Evian-les-Bains.
Rocque.
Gérardmer.
Greuell.
La Bourboule.
Meneau. — Nicolas. — Noir. — Olivier. — Veyrières.
Lamalou-l'Ancien.
Donadieu.
Luxeuil
Barbaud.
Mont-Dore.
Geay. — Tardieu.
Motte-les-Bains (Isère).
De Langenhagen.
Néris-les-Bains.
Morice. — Allot.
Pougues-les-Eaux.
Mignot.
Royat.
Puy-le-Blanc.
St-Honoré-les-Bains.
Marius Odin. — Comoy.
Salies de Béarn.
Bourny. — Vigneau.
Salins.
Compagnon.
St-Sauveur.
Sabail.
Ussat-les-Bains.
Cenac.
Vals.
Lagarde.
Vichy.
Aurillac. — Buffard. — Charnaux. — Fournier. — Frémont. — Grellety. — Navault. — Therre. — Veillon.

La marche de l'opération est assez simple, mais exige cependant beaucoup d'habitude. La voici résumée en quelques lignes :

Une dent cariée vient d'être complètement soignée ; sa pulpe est enlevée, ses canaux sont rendus aseptiques ; enfin sa cavité et ses bords sont nettoyés et taillés de manière à présenter toutes les conditions désirables de propreté et de solidité. Cette cavité doit nécessairement être obturée, sinon elle deviendra un clapier, un foyer de fermentations qui ne tarderont pas à détruire le reste de l'organe.

La première opération consiste à prendre avec de la cire l'*empreinte*, le modèle exact de la dent avec sa cavité. Dans ce modèle en cire on coule une substance, semblable au plâtre, qui durcit et reproduit fidèlement, une fois la cire enlevée, la forme de la dent malade avec sa perte de substance. Dans ce deuxième moule ou contre-moule il suffit de fondre ou couler la substance avec laquelle on s'est proposé d'obturer la dent. Il est évident que si l'opération a réussi, le petit lingot obtenu devra représenter exactement le fragment de dent qui a été enlevé. C'est précisément ce qui arrive, presque à coup sûr ; il suffit alors de fixer ce lingot dans la cavité dentaire au moyen d'un ciment minéral. La dent se trouve ainsi reconstituée entièrement et devient à peu près indestructible.

Les substances, qui servent à former le lingot sont les métaux purs, comme l'or, qui est absolument inaltérable, ou l'aluminium et ses alliages. Mais ce qui est plus intéressant, c'est de pouvoir faire des moulages avec l'émail ou le cristal que sa dureté rend inusable, et dont la couleur peut varier à l'infini. C'est le *desideratum* si longtemps rêvé : une obturation inaltérable et à peu près invisible.

Il est superflu d'ajouter que la solution de ce problème, cherchée depuis si longtemps et par un très grand nombre de praticiens n'a pu être donnée, par notre collègue Aguilhon de Sarran, que parce qu'il a trouvé une substance capable de mouler aussi bien que le plâtre, et qui, en outre, a la propriété de résister aux plus hautes températures.

Cette substance s'obtient par des procédés chimiques dont la description serait un peu longue et sortirait de notre cadre habituel. Nous devons nous borner pour aujourd'hui à enregistrer des faits, des résultats acquis que nous croyons pouvoir être utiles à presque tous nos lecteurs.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'ASSISTANCE MÉDICALE

Projet de règlement du service gratuit de l'assistance médicale et pharmaceutique des indigents du département de la Loire-Inférieure.

M. le Dr Porson, Président du Syndicat médical de la Loire-Inférieure, vient de présenter à la Commission d'assistance départementale, instituée par arrêté préfectoral du 15 mai 1889, un très intéressant rapport sur l'organisation d'un service gratuit de l'assistance médicale et pharmaceutique des indigents.

Ce projet, s'il est adopté par le Conseil Général de la Loire-Inférieure, déterminera le fonctionnement du service jusqu'au vote de la loi soumise en ce moment aux Chambres : il devra subir alors certaines modifications, mais il est permis d'affirmer qu'il constituera les bases essentielles du futur règlement départemental.

Il nous paraît extrêmement intéressant de publier tout ce qui a trait à cette question d'assistance. Il ne faut pas oublier, en effet, que dès la promulgation de la loi, tous les départements seront appelés à voter *leurs règlements particuliers* et qu'à ce moment le corps médical devra s'efforcer de faire prévaloir ses préférences.

Il faut donc que tous les systèmes proposés, toutes les organisations mises en avant, soient étudiés à fond ; il faut que leur application à telle ou telle région soit examinée, que leurs vices ou leurs avantages soient révélés. Alors seulement les convictions éclairées pourront naître, les meilleures organisations locales pourront être défendues, lors de l'établissement des règlements départementaux.

Nous publions donc le projet qui sert de conclusion au rapport du docteur Porson et nous appelons les observations de nos confrères sur les détails d'organisation qu'ils renferment.

Sans doute les besoins ne sont pas les mêmes dans toutes les régions et telle mesure, excellente ici, pourrait là devenir très défectueuse ; sans doute aussi un règlement tire sa valeur véritable du plus ou moins de libéralisme avec lequel il est mis en exécution ; — il n'en est cependant pas moins vrai que certaines dispositions portent en elles-mêmes un caractère bon ou mauvais et que c'est rendre un service véritable que de signaler les avantages ou les inconvénients qui en peuvent résulter.

Tel article supprimé ou simplement modifié, dans un règlement, peut permettre son heureuse application là, où, tout d'abord, on aurait pu le croire inapplicable.

En outre, quel que soit le système que proposent dans un département les associations médicales — car l'application de la loi future démontrera la nécessité des syndicats, — il pourra être avantageux de montrer au Conseil Général et au Préfet ce qui a été fait ailleurs. Ce sera le meilleur moyen de prouver que telle exigence n'est pas déraisonnable et que tel désir est amplement justifié.

PROJET DE RÈGLEMENT.

Assistance à domicile.

I. — Dispositions générales.

Article 1er.

Un service gratuit d'Assistance médicale et pharmaceutique pour les indigents est établi dans le département de la Loire-Inférieure.

Ce Service, qui a pour but de faire donner gratuitement aux indigents les secours de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie et de l'art des accouchements, sera organisé dans toutes les communes ou syndicats de communes du département, qui contribueront à la dépense dans les conditions spécifiées plus loin.

Article 2.

Tous les médecins (docteurs ou officiers de santé), pharmaciens et sages-femmes, français ou naturalisés français, qui auront adhéré au présent règlement, seront appelés à donner leurs soins aux indigents malades.

Article 3.

Le budget de ce Service se compose de fonds votés par les communes intéressées, qui devront s'imposer de 1 fr. 50 c. par tête d'indigent porté sur les listes, qui seront dressées, tous les ans, dans chaque commune et, en outre, d'une somme égale votée par le Conseil général.

Article 4.

Les fonds de ces deux provenances constitueront le budget de l'Assistance médicale et pharmaceutique dans le département. Ce budget ne pourra, en aucun cas, être dépassé. Une réduction proportionnelle sera faite, à la fin de chaque année, sur l'ensemble des notes, dans le cas où leur montant serait supérieur à celui des crédits alloués pour l'année.

Article 5.

Au fur et à mesure de l'adhésion d'une commune à l'Assistance médicale, le département versera dans la caisse du Service une somme égale au contingent de cette commune, conformément à l'art. 3.

Quel que soit le chiffre des dépenses de l'année, cette somme sera définitivement acquise au Service et, s'il y a lieu, l'excédent sera porté sur l'année suivante :

II. — Etablissement des listes d'indigents.

Article 6.

Dans chaque commune est instituée une Commission d'Assistance chargée d'assurer et de surveiller le Service de l'Assistance médicale et à établir la liste des indigents.

Elle est composée :

1° Du Maire, président, ou de son délégué, en aucun cas étranger au Conseil municipal ;

2° De trois Conseillers municipaux désignés par leurs collègues ;

3° D'un membre du Bureau de bienfaisance désigné par le Préfet, ou, si la commune ne possède pas de Bureau de bienfaisance, d'un membre pris parmi les contribuables de la commune et désigné par le Préfet ;

4° De deux médecins de l'Assistance nommés par les autres membres de la Commission ;

5° D'un pharmacien de l'Assistance désigné dans les mêmes conditions.

La voix du Président, en cas de partage égal du nombre des votants, est prépondérante.

Les pouvoirs de cette Commission auront la même durée que celle des Conseils municipaux.

Article 7.

La liste des personnes indigentes auxquelles le traitement gratuit devra être accordé sera dressée au mois de mars de chaque année par cette Commission.

Les inscriptions sont individuelles.

Article 8.

La liste de gratuité dressée en double expédition sera soumise, dans la session de mai, au Conseil municipal, qui pourra proposer les modifications qu'il jugera convenables. Elle sera adressée à la préfecture avec la délibération y relative. Cette liste sera définitivement arrêtée par le Préfet, qui la retournera au Maire, après l'avoir soumise préalablement à la Commission départementale.

En cas d'*extrême urgence*, le Maire pourra, à tout moment de l'année, sous réserve de les faire ratifier par la Commission d'Assistance, apporter des additions à cette liste.

Article 9.

Une copie de la liste des indigents sera envoyée chaque année aux médecins du Service de l'Assistance.

Article 10.

L'organisation de l'Assistance des indigents instituée par le présent règlement, constituant, entre les communes et le département, une Association ayant un véritable caractère de mutualité, chaque année, dans la session ordinaire de mai, les Conseils municipaux voteront les sommes que les communes devront affecter, l'année suivante, au Service médical ; le Conseil général en fera autant à la session d'août.

Les fonds provenant de ces votes seront versés dans la caisse des Percepteurs et centralisés à la Trésorerie générale.

III.— Service médical.

Article 11.

Tous les médecins, pharmaciens et sages-femmes qui auront adhéré au Service médical, pourront être appelés par les malades indigents, au choix de ces derniers.

Article 12.

Le Service sera fait au moyen de deux feuilles détachées d'un livre à souche et délivrées, soit par le Maire, soit par son délégué, chaque fois qu'un indigent aura des soins à demander au Service de l'Assistance.

L'une de ces feuilles, dite *feuille de maladie*, indiquera le nom de l'indigent, la distance kilométrique de son domicile à celui du médecin le plus proche ; elle sera *conservée au domicile du malade*, et le médecin y mentionnera ses visites ou consultations, ainsi que ses prescriptions médicamenteuses d'une manière sommaire.

Cette feuille servira ensuite à contrôler les mémoires présentés à la Commission de vérification. Elle devra être remise, après guérison, au Maire, qui la conservera pour l'envoyer à la préfecture avec les mémoires des médecins et des sages-femmes.

Cette feuille suffira pour le cours d'une maladie.

Article 13.

La seconde feuille dite *billet de visite* détachée du même livre à souche que la première, devra porter également le nom du malade, la distance kilométrique de son domicile à celui du médecin le plus proche, ainsi que le nom du médecin choisi.

C'est sur la production de ce billet de visite que les médecins et sages-femmes donneront aux malades les soins relevant de leur profession.

Ce billet sera conservé par les médecins et les sages-femmes, qui devront y inscrire leurs soins, avec les prix en regard, et le remettront chaque année au Maire, en même temps que leurs mémoires, pour être transmis à la préfecture.

Dans les cas urgents, les médecins et les sages-femmes pourront être appelés directement par le malade ; mais le billet qui leur est destiné devra leur être remis dans les vingt-quatre heures.

Un seul billet suffira également pour le cours d'une maladie.

Article 14.

Les médicaments nécessaires aux indigents seront fournis par tous les pharmaciens qui accepteront le tarif annexé au présent règlement.

Ils pourront l'être par les médecins, en se conformant aux lois et règlements en vigueur.

Article 15.

Il ne pourra être délivré d'autres médicaments que ceux inscrits au tarif, tel qu'il est annexé au règlement, sauf cas exceptionnels et sur ordonnance motivée.

Les spécialités et les eaux minérales ne pourront en aucun cas être mises à la charge du Service.

Article 16.

Les ordonnances, faites sur une feuille de papier quelconque, devront, en outre des prescriptions et de la signature du médecin, porter le nom du malade objet de la visite ou de la consultation.

Article 17.

Les pharmaciens présenteront les ordonnances

à l'appui de leurs mémoires, lesquels seront établis d'après les prix inscrits au tarif.

Article 18.

Le malade aura toujours la faculté de faire appel au médecin de son choix. Toutefois, dans le cas où la visite donnerait lieu à une indemnité kilométrique, il devra s'adresser au praticien le plus rapproché de son domicile.

Article 19.

Chaque indigent devra, dès le début de la première maladie pour laquelle il aura recours à l'Assistance gratuite, désigner le médecin dont il désire recevoir les soins, et ne le pourra changer que dans le cas de force majeure et avec l'autorisation du Président de la Commission d'Assistance.

Article 20.

Les sages-femmes sont chargées du service des accouchements. Le médecin ne pourra être appelé que sur la demande de la sage-femme, qui aura constaté la nécessité de son intervention.

Article 21.

Lorsque le médecin de l'Assistance aura constaté qu'un malade ne peut être soigné à domicile, son admission à l'hôpital le plus voisin aura lieu dans les conditions prévues et énumérées par la circulaire préfectorale relative à l'organisation de l'Assistance hospitalière, en date du 10 mars 1885.

IV.— Comptabilité.

Article 22.

Tous les ans, dans le mois de janvier, les médecins, pharmaciens et sages-femmes devront, sous peine de déchéance de leurs droits, remettre aux Maires, qui les transmettront immédiatement à la préfecture, les feuilles et billets de maladie, ainsi que les ordonnances relatives à l'année écoulée.

Ces pièces seront accompagnées d'un bordereau récapitulatif, conformément au tarif adopté.

Les médecins qui délivreront des médicaments dans les conditions prévues à l'art. 14, produiront deux mémoires. Sur l'un, ils porteront exclusivement leurs soins médicaux ; sur l'autre, les médicaments qu'ils auront fournis.

Article 23.

Une Commission centrale de vérification siégeant au chef-lieu du département, composée de quatre docteurs en médecine et de deux pharmaciens de 1re classe, présidée par un Délégué de l'Administration, sera chargée de reviser les mémoires des médecins, pharmaciens et sages-femmes, et, en cas d'insuffisance de crédit, de procéder à une réduction proportionnelle.

Aucun mémoire ne sera payé avant que la Commission n'ait terminé son travail de révision et sans son approbation.

Article 24.

Les membres de la Commission de vérification sont nommés par le Préfet, pour trois ans. Ils sont pris :

1° Sur une liste de huit noms proposée par les médecins, à la suite d'un vote, sous pli cacheté, auquel peuvent prendre part tous les médecins du département, qui veulent bien collaborer au Service médical ;

2° Sur une liste de quatre noms proposée par les pharmaciens, dans les mêmes conditions.

Article 25.

Le prix des soins médicaux est fixé comme suit :
1 fr. 50 c. par visite, plus 50 c. par kilomètre (sans retour), la distance kilométrique étant celle qui existe entre le domicile du médecin le plus voisin et le domicile de l'indigent.
0 fr. 50 c. par consultation.

Les petites opérations sont comprises dans le prix des visites et ne donnent droit à aucune rémunération.

Le prix des opérations que le médecin aura dû faire d'urgence, sera fixé par la Commission de vérification.

Le prix des visites de nuit est double de celui des visites de jour.

Le tarif des médicaments sera celui annexé au présent règlement.

Article 26.

La rétribution allouée aux sages-femmes est de 6 fr. pour chaque accouchement, y compris les soins à donner à l'accouchée.

V. — Renseignements généraux.

Article 27.

Les médecins qui seront chargés de soigner les indigents devront signaler aux Maires, dès leur début, tous les commencements de maladies épidémiques qu'ils auront reconnues.

Article 28.

La Commission de vérification, à la suite de son travail, adressera tous les ans au Préfet, président du Conseil central d'hygiène, un résumé statistique sur le nombre et la nature des diverses affections qui auront été traitées par le Service de l'Assistance médicale dans le département.

Ce rapport insistera d'une manière spéciale sur les maladies épidémiques qui auront pu exister dans le courant de l'année.

II

A M. LE Dr PORSON.

Vous avez eu, mon cher confrère, la gracieuseté de m'envoyer le projet de règlement que vous avez élaboré pour le futur service d'Assistance dans la Loire-Inférieure. Me permettrez-vous de vous adresser quelques critiques en vue de l'utilité générale ?

Vous avez la chance de faire du neuf, alors que tant d'autres sont obligés de se mouvoir dans de vieux règlements surannés, mais qui, à l'encontre de la fameuse jument de Roland, ont le tort grave d'exister encore !

Pourquoi donc, par des clauses restrictives, vous enfermer dans un cercle de difficultés qui rendront votre situation aussi ennuyeuse que la nôtre ?

Je crois avoir quelque compétence dans la question, puisque depuis près de dix années, j'ai la mission d'assurer le service d'assistance dans le Loiret avec un règlement datant de 1852, époque à laquelle ces idées libérales n'étaient guère en faveur. Je m'efforce de rendre ce régime acceptable pour mes confrères et crois y avoir réussi dans une certaine mesure ; mais il est des obstacles contre lesquels je ne peux rien et je souhaite ardemment que le vote de la loi en préparation nous permette d'élaborer un règlement nouveau.

Eh bien ! Ces difficultés au milieu desquelles je me débats, vous les connaîtrez plus tard si certains articles de votre règlement sont adoptés ; car je n'ose espérer pour vous la chance d'obtenir leur suppression lors du vote de la loi nouvelle : l'organisation sera trop récente pour que vous en ayez ressenti les défectuosités.

J'ai soutenu par de trop fortes raisons la nécessité de l'organisation départementale, pour ne pas reconnaître que ce qui est mauvais à l'Est peut être excellent à l'Ouest ; aussi n'est-ce pas à l'esprit de votre règlement que je m'attaque. Je voudrais avoir à l'appliquer dans le Loiret, à condition pourtant d'être débarrassé de deux ou trois articles sur lesquels je veux appeler votre attention.

L'article 4 de votre projet porte constitution du budget du service et dit :

Ce budget ne pourra, en aucun cas, être dépassé. Une réduction proportionnelle sera faite, à la fin de chaque année, sur l'ensemble des notes, dans le cas où leur montant serait supérieur à celui des crédits alloués pour l'année.

A mon avis, cet article est très mauvais et peut être gros de difficultés pour l'avenir.

Pendant les premières années tout ira bien, c'est chose probable ; l'organisation du service sera trop nouvelle pour que les médecins en aient oublié les conditions essentielles — on fera le strict nécessaire et rien de plus. Mais bientôt on verra augmenter les dépenses de pharmacie (ce sont elles qui commencent toujours), puis les frais de visites et de consultations s'élèveront, eux aussi !

Et, sachez-le bien, cette élévation de dépenses ne sera pas générale : ici on restera dans les vieilles traditions ; on ne fera que les visites indispensables et l'on formulera avec l'économie la plus stricte, tandis que, là, on se laissera aller aux habitudes courantes, on rapprochera les visites, et les formules compliquées ou les remèdes nouveaux se présenteront d'eux-mêmes sous la plume du médecin.

Les crédits seront dépassés — que ferez-vous?

Vous réduirez proportionnellement les mémoires ? — mais ce sera là une injustice abominable !

Si vous réduisez les mémoires des pharmaciens, vous leur ferez payer les erreurs des médecins. Si vous ne faites porter la réduction que sur les honoraires médicaux, cette réduction sera considérable et vous ferez expier à Paul, qui aura toujours eu des scrupules excessifs, les fautes de Pierre qui ne se sera plus souvenu des exigences du réglement.

Vous repoussez le système de l'abonnement — en créant une organisation vous avez raison, j'en conviens — mais ce systéme que vous trouvez mauvais pour chaque médecin en particulier, pourquoi l'appliquer au service dans son ensemble ? car c'est bien *l'abonnement pour une somme déterminée* qui, en aucun cas, ne pourra être dépassée.

Vous vous mettez de prime abord dans une situation illogique et l'avenir vous le fera regretter, soyez-en certain.

Votre article 4 doit avoir pour conséquence la rémunération de chaque médecin à l'abonnement : la rémunération à la visite nécessiterait sa suppression !

Je ne trouve pas votre article 23 plus heureux. Une *commission* pour assurer le fonctionnement d'un service est un rouage bien encombrant, et ici encore vous aurez des mécomptes. Ce ne sera pas immédiatement non plus, mais ils viendront et vous verrez, dans quelques années, le recrutement de votre commission présenter de sérieuses difficultés.

Je ne plaide pas *pro domo mea*, je n'ai pas besoin de vous le dire ; mais ma situation spéciale m'a permis de constater la nécessité d'un tampon entre l'administration, forcément formaliste et les médecins toujours fantaisistes et indépendants. Ce tampon, votre commission ne le constituera guère, car là où il n'y a pas de responsabilité effective, il ne saurait y avoir d'autorité.

Quand les questions épineuses se présenteront, tel commissaire sera indisposé, tel autre sera retenu par ses nombreux malades...; etc..., au bout de quelque temps tous solliciteront un renouvellement de la commission. Je n'invente pas, cela s'est déjà vu !

Et puis, dans une commission, personne n'est directement responsable : dans les conversations particulières chacun rejette *sur les autres* les décisions qu'il a pu lui coûter...... de prendre.... et le délégué de l'administration reste maître de la situation.

Vous me répondrez, qu'il est impossible de charger un confrère d'appliquer l'article 4. Je suis de votre avis, car moi qui n'ai aucun scrupule de réduire un mémoire de médicaments qui s'écarte du tarif ou des instructions en vigueur et qui mets ma signature au bas de cette réduction, je ne consentirais jamais à réduire le nombre de visites porté par un confrére. Je sais qu'il peut y avoir des abus et connais leur nature, et pourtant je ne me reconnaîtrais pas le droit d'opérer une telle réduction ; je craindrais trop de me tromper et de n'avoir rien à répondre au confrère qui me demanderait comment j'ai pu, à distance et après coup, apprécier la nécessité d'un plus ou moins grand nombre de visites.

Enfin, mon cher confrère, votre système demande trop de paperasses et de formalités.

L'intervention du Maire n'est pas pratique. Nous l'avons, cette intervention, sur le papier et nous la voulons conserver comme un article décoratif que nous puissions invoquer contre certains abus ; mais elle ne se produit pas d'une manière effective quatre fois par an dans tout le département. Chez nous cela ne tire pas à conséquence, mais en sera-t-il de même avec votre système ?

Et puis les feuilles de maladies nous les avons connues, nous aussi, autrefois, sous forme de carnets. Les trois quarts en étaient perdus chaque année ; jamais les malades ne pouvaient les retrouver quand besoin était ; enfin leur inutilité a été reconnue telle, qu'au bout de trois années tout le monde s'est trouvé d'accord pour les supprimer.

Pour terminer, j'ajouterai confidentiellement que moins il y a de rapports entre Maires et Médecins, mieux cela vaut. Je ne vous apprendrai rien, en vous disant que l'écharpe municipale n'a pas le don de donner de l'intelligence à ceux qui n'en ont pas, ni de détruire les sentiments d'envie ou de jalousie chez ceux qui en sont atteints. Vous ne tarderez pas à voir des maires qui voudront exercer « *leur incontestable droit de contrôle* » et vous me direz des nouvelles, alors, des agréables rapports qu'ils entretiendront avec les médecins du service.

Cordialement à vous.

Dr A. Gassot.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de Saintonge et Blayais.

STATUTS

Article 1er. — Entre les Médecins soussignés et tous ceux qui, par la suite adhéreront aux présents Statuts, il est formé une Société civile sous la dénomination de : Syndicat médical de Saintonge et Blayais.

Art. 2. — Le siège du Syndicat est à Saint-Ciers-Lalande.

Art. 3. — Sa durée est illimitée.

Le Syndicat a pour but :

1° D'établir des rapports permanents entre les Médecins de la région, et d'aplanir tous conflits pouvant exister soit entre confrères, soit entre clients et médecins ;

2° D'améliorer la situation, tant individuelle que collective, des membres qui le composent en réprimant toutes les usurpations sur les droits d'exercice que leur confère la loi.

Constitution du Syndicat.

Article 1er.— Sont membres du Syndicat :

1° Tous les Médecins qui ont concouru à l'élaboration des présents Statuts.

2° Tous ceux qui déclareront y adhérer sans restriction et qui signeront sur un registre spécial, l'engagement d'honneur de s'y conformer. Cet engagement pourra être pris, provisoirement, par lettre adressée au Secrétaire, sauf à être rendu définitif par la signature apposée, dans la plus prochaine réunion, au registre ci-dessus mentionné.

Art. 2. — Le Syndicat est administré par un bureau composé de :

Un Président ;
Un Vice-Président Syndic ;
Un Assesseur ;
Un Secrétaire-Trésorier, — élus par leurs Confrères.

Les Membres du Bureau sont nommés pour un an ; ils sont rééligibles.

Art. 3. — Le Bureau forme, en quelque sorte, une Chambre de discipline, un tribunal d'honneur, auquel devront être soumis les conflits qui pourraient surgir entre confrères syndiqués. Il étudiera les questions qui lui seront déférées, et soumettra ses conclusions à l'Assemblée générale qui statuera d'une façon définitive.

Art. 4. — Le Bureau est plus spécialement chargé de centraliser tous les renseignements pouvant intéresser les Membres du Syndicat, de préparer les travaux qui devront être discutés à chaque réunion, de provoquer les réunions ordinaires et extraordinaires et qui pourront avoir lieu. Il devra également se mettre en rapport avec les pouvoirs publics pour défendre les intérêts des adhérents ; il devra aussi se mettre en relations avec les autres Syndicats pour soutenir en commun les intérêts professionnels.

Art. 5.— Les réunions ordinaires auront lieu tous les trois mois.

Des réunions extraordinaires auront lieu toutes les fois que des circonstances impérieuses l'exigeront, de l'avis du Bureau. En cas de réunion extraordinaire, les lettres de convocation indiqueront l'objet de la réunion.

Les Membres du Syndicat seront convoqués par les soins du Secrétaire, au moins huit jours à l'avance.

Art. 6. — L'assistance aux réunions est obligatoire. Tout Membre qui y manquerait sans excuse jugée valable par l'Assemblée serait passible d'une amende de cinq francs.

Art. 7. — Pour faire face aux dépenses diverses (frais d'impression, de correspondance, etc.), il sera versé, par chaque Membre, une cotisation annuelle de cinq francs et un droit d'entrée de dix francs.

Art. 8. — Tout Membre qui aurait manqué aux obligations imposées par les présents Statuts et qui, après une invitation du Bureau, refuserait de s'y soumettre, serait exclu du Syndicat. Il en serait de même de celui qui, dans les trois mois qui suivraient la réclamation à lui adressée par le Trésorier, n'aurait pas versé le montant des cotisations échues ou des amendes encourues. La déchéance, toutefois, ne serait définitive que lorsque l'Assemblée l'aurait ratifiée.

Les Membres du Syndicat ont en outre posé les principes de Déontologie qui devraient régler leurs relations, adopté un tarif d'honoraires et pris quelques mesures pour assurer les recouvrements.

Ils ont ensuite élu leur Bureau :

Président : M. le Dr Sabourin, de Mirambeau.
Vice-Président Syndic : M. le Dr Arnauld, de Montendre.
Assesseur : M. le Dr Eveillé, de Saint-Bonnet.
Secrétaire-trésorier : M. le Dr Cadenaule, de Saint-Ciers-Lalande.
Membres : MM. Sostrat, de Mirambeau ; Duguing, de Saint-Girons ; Vergeron, de Saint-Savin ; Tauzia, de Cartelègue ; Turial-Chiché, d'Eyrans ; Dunan, d'Etauliers ; Dupoud, de Braud ; Chaban, de Reignac.

REPORTAGE MÉDICAL

Elections à l'Académie de médecine.

M. *Henri Monod*, directeur de l'Assistance publique de France, a été élu membre associé à la presque unanimité des suffrages.

MM *Pinard* et *Berger* ont été élus membres titulaires dans les sections d'accouchement et de médecine opératoire.

Un incident au Concours d'agrégation en anatomie. — Le dernier Concours d'agrégation pour l'anatomie, la physiologie et l'histoire naturelle, a été marqué par un incident assez vif. Un candidat, croyant, comme tout le monde, avoir le droit de récuser ses juges, avait demandé qu'on récusât un des juges avec lequel il était en très mauvais termes ; il y aurait même eu entre eux une altercation terminée par des voies de fait.

A l'ouverture du Concours, le président, M. Duval, a lu une lettre du ministre déclarant que les candidats ne pouvaient récuser un juge que s'il y avait parenté entre lui et un candidat. Le candidat, ainsi évincé avant toute épreuve, protesta vivement contre cette fin de non-recevoir, et se retira du concours, en fermant violemment, paraît-il, la porte de la salle des séances.

Moralité : « Candidats et futurs candidats, si vous voulez réussir, gardez pour vous toute velléité d'Indépendance et d'originalité, et inclinez-vous toujours devant ceux qui peuvent être vos juges, car vous n'avez aucun recours contre eux.»

— *Exposition internationale de Chicago en* 1893. — *Partie scientifique.* — Par arrêté de M. le ministre du Commerce et de l'Industrie, en date du 15 mai 1892, M. le docteur Marcel Baudouin, auteur du *Guide médical à l'Exposition de 1889 à Paris*, est nommé membre des comités d'admission et d'installation de la section française à l'Exposition de Chicago.

— *La statue de Ricord.* — Le Conseil municipal de Paris vient de décider de placer boulevard Port-Royal, en face de l'hôpital du Midi, la statue de Ricord, qui est due au ciseau de Barrias.

— *L'état sanitaire au Tonkin.* — D'après un intéressant rapport officiel adressé au ministre de la marine par M. le médecin en chef de Fornel, la morbidité et la mortalité des Européens et des indigènes, au Tonkin, ne font qu'augmenter.

Sans entrer dans le détail, nous notons que sur 1125 décès, le dixième seulement est attribué au choléra. C'est surtout l'infection paludéenne qui a contribué à porter à un taux élevé la mortalité de nos troupes.

— *Changement de nom de l'Hôpital de Lourcine.*— Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 13 juin 1892, a décidé que l'hôpital de Lourcine s'appellera désormais « Hôpital Broca » et recevra des malades de toutes sortes, et non plus seulement des vénériennes.

— *Le choléra dans l'Inde.* — On télégraphie de Bombay que 1600 personnes sont mortes du choléra, la semaine dernière, à Srinagar (Indes anglaises).

— *Très édifiant.* — Nous trouvons dans un journal politique, première page, première colonne, les trois avis-réclames que voici, se faisant suite tout naturellement :

Les médecins spécialistes de l'Institut des maladies chroniques continuent leurs cures étonnantes.

Par leur méthode nouvelle, ils guérissent toutes les maladies chroniques, même réputées incurables par les plus habiles médecins. Sont guéris ou en voie de guérison, dyspeptiques, cancéreux, scrofuleux, goutteux, épileptiques, hydropiques, sourds, etc.; invalides soit par rhumatisme, asthmes, catarrhe, bronchite et toute maladie du poumon et de la gorge sont guéris en peu de temps. Traitement gratuit N°........ Rue...... Montréal.

Certificat important.

Je certifie que j'emploie dans ma pratique le célèbre *Baume de Mongolie*, remède souverain contre les hémorrhoïdes internes ou externes, récentes ou anciennes, et cela avec un succès merveilleux.

Dr X.
N°... Rue... Montréal.

Un problème médical résolu.

Le traitement de *la* diabète sucrée, qui a fait jusqu'à présent le désespoir de la profession médicale, n'est plus un mystère. Le Dr N., n°...., rue...., Montréal, à force de travail et d'études, est parvenu à guérir plusieurs cas des plus graves de cette maladie. Le Dr N., après de brillantes études au Canada, s'est perfectionné sous les grands maîtres de Paris, et n'a cessé depuis, de travailler à la solution de ce problème. On peut dire de lui, qu'en face du travail, point d'obstacle.
(*Union méd. du Canada.*)

— *Un estomac patient.* — Un personnage assez connu aux Etats-Unis, sous le nom de l'*Autruche Humaine*, vient de subir la laparotomie. Depuis huit ans, en effet, il gagnait son existence à avaler, devant témoins payants, des clous, du verre cassé, etc.; mais, à la fin, son estomac s'est révolté et il a fallu intervenir. Cet organe renfermait une livre de clous de toute catégorie, gros et petits, avec quelques vis, et de nombreux fragments de verre. Son estomac était malgré cela parfaitement normal.
(*Revue scientifique.*)

— *Pléthore médicale.* — En France, le nombre des docteurs s'accroît lentement, et cet accroissement ne compense même pas pour le moment la diminution graduelle du nombre des officiers de santé. Néanmoins, dans les grandes villes on se plaint de pléthore médicale.

En Allemagne le nombre des médecins s'accroît dans une proportion qui peut paraître inquiétante pour l'avenir réservé aux membres de la profession médicale. C'est ainsi que, de 18.840 qu'il était en 1890, leur nombre s'est élevé à 20.223 en 1891; ce qui fait un accroissement de 1883 dans la même année. Tous les pays de l'empire allemand ont vu augmenter le nombre de leurs médecins. Comme le nombre des étudiants en médecine va toujours croissant, on peut prévoir ce que sera bientôt la concurrence, la lutte pour la vie entre les médecins allemands. Après les Etats-Unis, c'est en Allemagne que le nombre des médecins est le plus élevé par rapport au chiffre de la population.

On peut se demander s'il y a avantage pour un pays à avoir une telle surabondance de praticiens.
(*Bull. méd.*).

— *Hygiène et responsabilité.* — Une épidémie de fièvre typhoïde ayant sévi, il y a dix-huit mois environ, dans un quartier de Genève, l'autorité sanitaire fit une enquête qui démontra que plusieurs personnes auxquelles un même laitier livrait du lait avaient été atteintes par la maladie. Ce lait avait été transporté par le fermier qui le fournissait au laitier, dans des récipients rincés avec l'eau d'un ruisseau, où, précédemment, le linge d'un typhoïdique avait été lavé. Le laitier avait assigné son fournisseur devant le tribunal civil qui a rendu un jugement condamnant le fermier à 1500 francs de dommages-intérêts envers le laitier.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3724. — M. le Dr Mirovitch, de Paris, présenté par M. le directeur.

N° 3725. — M. le Dr Bidon, de Sablé (Sarthe), vice-président du syndicat médical de Sablé.

N° 3726. — M. le Dr Bouchard, d'Alfortville (Seine), présenté par M. le docteur Lepage.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Libraire-éditeur du **« Concours médical »**, la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

La *Société d'Editions scientifiques*, établie sur les bases de la **Mutualité**, a pour principe de partager par moitié, entre les Auteurs et elle, *tout bénéfice* résultant de la vente des ouvrages.

Baratoux (J.). — **Guide pratique pour l'examen des maladies du larynx, du nez et des oreilles.** Grand in-18, 334 pages, avec 181 figures dans le texte et un atlas de 186 gravures. — Prix : **6** francs, net franco **4 fr. 80.**

Ce manuel, fort complet, est destiné aux médecins et aux étudiants qui désirent s'occuper spécialement des maladies des oreilles, du nez, de la gorge et du larynx.

Ils y trouveront exposés avec une grande clarté les méthodes d'examen utiles pour établir le diagnostic de ces affections, et les principaux modes de traitement employés contre elles.

Une illustration très abondante et très soignée met sous les yeux du lecteur les nombreux instruments d'otoscopie, de rhinoscopie et de laryngoscopie qui ont été recommandés par les spécialistes de tous les pays. X.

Bureau (Dr), professeur agrégé d'accouchement. — **Guide pratique d'accouchement,** conduite à tenir pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couche. Bel in-8 de 420 pages, avec figures. Prix : **6** francs.

Le Dr Bureau a su réunir en un manuel portatif l'exposé critique des meilleures méthodes de traitement usitées en obstétrique et, pour présenter la thérapeutique la plus rationnelle, il a rappelé brièvement, à propos de chaque cas particulier, les principaux caractères cliniques. Les médecins qui font des accouchements, les sages-femmes, les étudiants tr ouveront exposées dans le **Guide pratique d'accouchement** les notions pratiques indispensables pour diriger leur conduite dans tous les accouchements, simples ou compliqués. Un nombre suffisant de bonnes figures accompagne le texte.

Dr C. Delvaille. — **Une mission en Espagne.** *L'hygiène et l'Assistance publique,* avec une préface de M. le Professeur Brouardel, in-8°. — Prix : **3** fr. **50**, net **2** fr. **80** franco pour MM. les membres du Concours médical.

« Notre collègue a donc eu une très heureuse initiative en signalant à M. le Ministre de l'Intérieur l'intérêt que présentait l'étude de l'assistance et de l'hygiène en Espagne. C'était, dit-il, une tentative hardie. Nous pouvons dire que c'est une tentative qui a tenu plus que l'on ne pouvait espérer. Nous avons entre les mains un nouvel argument pour vaincre la résistance que l'organisation de l'assistance et de l'hygiène rencontrent dans notre pays. Nous en remercions M. Delvaille et, si le succès couronne nos efforts, nous n'oublierons pas la part légitime qui lui en revient. P. Brouardel. »

Le Directeur-Gérant : **A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année **N° 28** 9 Juillet 1892

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Diagnostic des formes frustes de la lithiase biliaire.

Le diagnostic des formes frustes de la lithiase biliaire est des plus difficiles. Il faut tenir compte d'abord des cas dans lesquels la colique hépatique franche est remplacée par des crampes d'estomac, des tiraillements, de légères douleurs, ou une simple tendance au sommeil. Ces phénomènes sont souvent pris pour de la dyspepsie simple ou pour un réflexe attaché à l'utérus. Il y a cependant là quelques caractères assez spéciaux qui permettent de reconnaître qu'il ne s'agit que d'une dyspepsie ordinaire ; c'est, avant tout, la prédominance des phénomènes douloureux sur les troubles sécrétoires ; ces malades n'ont ni vomissements, ni pituites, ni même aucun renvoi, et c'est là un point très important.

Un autre caractère est l'indépendance des phénomènes douloureux par rapport à la qualité et à la quantité des aliments. Ces malades souffrent indifféremment après toute alimentation, qu'elle soit lourde ou légère. Enfin, la douleur survient, presque toujours, deux, trois heures après le repas. Ces trois caractères réunis ont une très grande importance.

A côté de ces formes très légères de la colique hépatique, il en est de graves où l'intensité de la douleur et sa persistance rendent le diagnostic tout aussi difficile. Le fait suivant en est un exemple: Une femme névropathe, à antécédents arthritiques, fut prise d'abord de troubles gastriques peu caractéristiques, puis, tout à coup, de crises douloureuses, horriblement pénibles, avec intolérance absolue des liquides. Ces crises se renouvelaient fréquemment et aucun régime ne les modifiait. Le lavage n'avait donné aucun résultat. Un jour, une douleur plus atroce que les autres se produisit, et la malade rendit un gros calcul après une hémorragie intestinale. La maladie avait ainsi évolué pendant deux ans, et, bien qu'on eût soupçonné la colique hépatique, les nombreux médecins qui avaient vu cette malade n'avaient pas osé affirmer ce diagnostic. Ce qui pouvait y faire penser, c'est que jamais elle n'avait eu de pituites, de sécrétions gastriques, et paraissait moins bien digérer les graisses ; elle était soulagée par les acides végétaux, le citron surtout, tandis que l'acide chlorhydrique augmentait les douleurs.

Il est des cas encore dans lesquels les irradiations périphériques des coliques sont très éloignées et peuvent être facilement trompeuses. Certaines coliques se traduisent par des céphalées. M. *Rendu* a soigné une malade de ce genre, migraineuse, qui distinguait très bien sa migraine vraie de la douleur de tête hépatique, laquelle durait plusieurs jours. Elle expulsa des calculs, précisément au moment où elle souffrait de cette céphalalgie particulière.

Il est des cas encore dans lesquels la colique n'éveille pas de phénomènes douloureux, mais des phénomènes nerveux. En général, le caractère s'altère ; mais, de plus, il est des malades qui deviennent mélancoliques et tristes, et cela, non pas en raison des douleurs, car elles sont alors réduites au minimum. Une malade, soignée par M. *Rendu*, présentait des troubles de ce genre assez prononcés pour qu'on se demandât s'il ne faudrait pas arriver à un internement. La colique hépatique fut cependant soupçonnée, en raison de troubles dyspeptiques de forme particulière, et, de fait, au bout de six semaines se produisit une colique des plus violentes qui dura dix-sept jours, et à la fin de laquelle 43 calculs furent expulsés. La guérison s'ensuivit complète, et l'intelligence redevint ce qu'elle était auparavant. Ici il s'agissait d'une femme particulièrement intelligente et chez laquelle cette sorte de lypémanie était exclusivement sous la dépendance de la lésion hépatique. On peut donc admettre qu'il y avait du vrai dans l'interprétation que les anciens donnaient au mot hypochondrie.

Enfin, on peut citer, parmi les cas si nombreux de lithiase biliaire, ceux dans lesquels les malades présentent presque exclusivement les attributs de la chlorose. Cet état peut durer longtemps et ne se juger que par une colique hépatique franche ou par le traitement alcalin, qui, fort souvent, a pour résultat de provoquer, dès le début, une crise douloureuse plus ou moins violente.

Remarques sur les variations du chimisme stomacal et les indications des eaux alcalines dans les affections de l'estomac.

M. le Dr *Frémont* (de Vichy), à la suite de nombreuses expériences sur la digestion et le chimisme stomacal, dans différentes conditions, c'est-à-dire pendant le repos, après une marche, après une course en vélocipède, avec diverses eaux alcalines, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Le réactif de Gunzburg à la phoroglucine-vaniline permet de doser l'acide chlorhydrique libre du suc gastrique aussi exactement que les liqueurs titrées. Ce moyen, employé avec la méthode d'analyse du suc gastrique de M. le professeur Ar. Gautier, donne une analyse complète en trente minutes.

2° Le repos est utile aux hyperchlorhydriques ; l'exercice aux hypochlorhydriques et surtout aux dyspeptiques avec fermentations microbiennes.

3° Une petite dose d'eau alcaline augmente la sécrétion de l'estomac, particulièrement en acide chlorhydrique libre ; une dose forte d'eau alcaline diminue, puis fait disparaître l'acide chlorhydrique libre de l'estomac.

4° Par suite, une faible dose d'eau alcaline peut faire disparaître les fermentations anormales ; une forte dose les augmente.

5° Un estomac sain peut supporter de grandes quantités d'acide chlorhydrique libre sans éprouver de sensations pénibles ; ce sont les acides de fermentations et particulièrement l'acide acétique, qui déterminent le pyrosis.

6° On ne peut juger du chimisme d'un estomac par l'utilité apparente de l'ingestion d'acide chlorhydrique. De petites doses d'acide chlorhydrique, qui empêchent les fermentations, peuvent paraître utiles à des malades hyperchlorhydriques et cela pendant assez longtemps.

7° Toutes les fois que l'hyperchlorhydrie s'accompagne de fermentations microbiennes, ce qui est très fréquent (sauf dans les cas d'hyperchlorhydrie excessive), il faut ajouter un antiseptique à l'eau alcaline du lavage sous peine d'augmenter les fermentations anormales.

De la technique et des contre-indications du lavage de l'estomac.

MM. les Drs *Debove* et *Rémond*, dans un opuscule paru récemment, reviennent sur la technique du lavage de l'estomac et font ressortir toute l'exagération des adversaires de cette précieuse méthode, en réduisant à très peu de chose les accidents et complications possibles.

Le lavage de l'estomac est une opération fort simple ; elle devrait toujours se faire sans difficultés. Cependant, quelquefois, l'état d'émotivité où se trouvent les malades, ou toute autre cause, viennent compliquer momentanément la technique. Il y a donc certaines précautions à prendre, certaines règles à suivre. Tout ce qui va être dit se rapporte à l'emploi du tube Debove présentant cette particularité que son extrémité œsophagienne est d'une consistance demi-rigide.

On se place devant le patient assis et, déprimant la base de la langue avec l'index de la main gauche, on introduit, le plus loin possible et en le faisant glisser contre la paroi postérieure du pharynx, l'extrémité semi-rigide du tube. Cette extrémité a pu être enduite de glycérine, de vaseline. Le plus simple est de la mouiller, l'eau suffit à assurer le glissement du tube et le malade n'a pas ainsi de sensations désagréables.

La sonde ainsi engagée, on retire le doigt de la main gauche, et tout en priant le malade de faire des mouvements de déglutition, on pousse le tube qui se trouve entraîné mécaniquement dans l'œsophage. On continue à le faire progresser lentement, sans brusquerie, en recommandant au malade d'avaler et de souffler. Le premier de ces deux mouvements sert à faciliter la déglutition de la salive dont l'accumulation pourrait provoquer des efforts de toux ; le second assure au médecin qu'il est bien dans l'œsophage. Il permet en outre au malade de vaincre la sensation de dyspnée légère qu'il éprouve en général, les premières fois qu'il avale la sonde.

Enfin, un léger ressaut vous avertit que vous avez franchi le cardia ; en même temps, la virole métallique, située à 50 centimètres du bout œsophagien, arrive au niveau des dents.

Vous faites alors incliner la tête du patient en avant. Cette position permet un reflux plus facile du sang de l'extrémité céphalique vers le cœur. Elle facilite l'écoulement, par l'orifice buccal, de la salive toujours plus abondante, au moins les premières fois ; enfin, le malade respire plus aisément.

On verse alors dans l'entonnoir, qui se trouve à l'autre extrémité de la sonde, une certaine quantité d'eau, tiède ou froide, pure ou chargée de principes médicamenteux. Lorsque l'entonnoir, tenu jusque-là au niveau de la bouche, est rempli, on l'élève au-dessus de la tête du patient. Quand le liquide est sur le point de disparaître, on abaisse rapidement l'entonnoir, au-dessous du niveau de la ceinture du malade. On peut, à ce moment, faciliter l'opération en pinçant la sonde au-dessous de sa jonction avec l'entonnoir ; on empêche ainsi le liquide de s'écouler trop vite dans l'estomac. Lorsque l'entonnoir est arrivé au-dessous de l'extrémité gastrique de la sonde, il ne reste plus qu'à laisser s'écouler l'eau.

Celle-ci se vide par un simple mouvement du siphon, en entraînant les parcelles alimentaires, les détritus, le mucus, etc., qui pouvaient être contenus dans l'estomac. On renouvelle cette opération autant de fois qu'il est nécessaire pour que l'eau reste propre.

On retire alors la sonde, en engageant le malade à faire quelques mouvements de déglutition qui préviennent des régurgitations quelquefois pénibles.

Les accidents possibles sont : l'introduction de la sonde dans le larynx, l'enroulement du tube derrière la base de la langue, les vomissements le long des parois du tube, les hémorrhagies chez les malades atteints d'ulcère et surtout de cancer stomacal. D'ailleurs il y a des contre-indications au lavage de l'estomac par la sonde :

Lorsqu'il existe une maladie, générale ou locale, sur l'évolution de laquelle l'excitation que cause l'opération qui nous occupe pourrait avoir une influence défavorable, il sera préférable de ne pas passer outre. Cette lutte, cette résistance de la part du malade, qui s'oppose quelquefois tout à fait à la pénétration du tube dans les premières voies, constitue en réalité un effort. Il y aura donc lieu de s'abstenir dans un grand nombre d'affections du système cardio-vasculaire. Une hémorrhagie récente, quel que soit son siège, est une contre-indication formelle. Il y aura lieu d'observer la même réserve en présence d'un anévrysme de l'aorte, d'une maladie organique du cœur. L'angine de poitrine elle-même devra commander la prudence dans l'emploi du tube ; il en sera de même de toutes les névroses cardiaques.

La tuberculose avancée, l'emphysème pulmonaire accompagné de bronchite chronique et généralisée, les cachexies profondes, qu'elle que soit leur origine, devront encore engager le médecin à multiplier les précautions. Le lavage de l'estomac a pu rendre de grands services, au cours de la grossesse ; cet état nécessite également de grands ménagements et une suppression préalable, au moyen de la cocaïne, de la susceptibilité pharyngée de la malade.

Dans un autre ordre d'idées, la contre-indication sera la conséquence d'une maladie de l'estomac, du tube digestif. L'ulcère rond accompagné d'hématémèse et de melœna, le cancer avec ses vomissements noirs et tous ses signes classiques, sont des affections qui engagent à s'abstenir d'employer la sonde. On devra encore être très prudent quand l'état général du malade pourra faire penser que les parois gastriques ont une friabilité spéciale (dégénérescence amyloïde).

Curettage utérin.

Le premier engouement pour le curettage utérin est passé ; déjà on signale des accidents très graves survenus à la suite de cette opération en apparence bénigne et des chirurgiens expérimentés comme M. le Dr *Lannelongue*, de Bordeaux, ont eu récemment à déplorer des cas de perforation utérine à la suite de curettages utérins. Dans un cas même, la mort en a été la conséquence. S'il faut en croire au contraire *M. Pozzi*, et ses élèves, le curettage est une opération insignifiante que tout le monde devrait savoir pratiquer.

Nous ne sommes pas aussi optimiste, mais nous croyons que tout praticien sera à même de l'employer, en se conformant aux conseils suivants d'un membre du Concours, M. le Dr *Berlin*, de Nice.

1° Le curettage nécessite, dans la généralité des cas, l'anesthésie chloroformique et la dilatation préalable de l'utérus au moyen de tiges de laminaire ;

2° L'opération doit être faite avec les mêmes soins et les mêmes précautions que les opérations abdominales les plus importantes. Elle ne doit être entreprise que par un chirurgien exercé et outillé en vue de cette antisepsie rigoureuse. A cette condition seule, elle présente une innocuité à peu près absolue ;

3° Les soins antiseptiques post-opératoires sont de la plus haute importance ; leur omission est la cause d'un grand nombre d'insuccès. Au point de vue des indications : 1° le curettage est le traitement par excellence de l'endométrite corporéale ; considéré comme procédé de la médication intra-utérine, il est incomparablement supérieur à tous les autres, au point de vue de la bénignité opératoire et de l'efficacité des résultats ; 2° il ne saurait avoir la prétention d'être infaillible, de conférer dans tous les cas et du premier coup la guérison radicale d'une affection aussi essentiellement rebelle que la métrite chronique dans la plupart de ses formes. Mais il nous donne prise sur des formes de métrites contre lesquelles, il y a peu d'années, la gynécologie était impuissante ; il nous fournit chaque jour des guérisons là où les méthodes anciennes avaient échoué ; 3° lorsqu'il ne produit pas d'emblée la guérison absolue de tous les symptômes, il procure toujours une amélioration notable ; il n'y a aucun inconvénient et il y a souvent grand avantage à le renouveler plusieurs fois ;

4° Il importe, au plus haut degré, de ne pas considérer le curettage comme le traitement banal de toutes affections de l'utérus dans lesquelles peuvent se rencontrer des symptômes d'endométrite ;

5° Diverses catégories de cas doivent être distinguées : ceux où le curettage réalise seul l'action curative ; ceux où il constitue un traitement palliatif ; ceux où il doit être associé à titre d'adjuvant à telle ou telle opération ; ceux, enfin, où il est dangereux ou inutile, et où l'on doit s'en abstenir complètement ;

6° La condition essentielle d'un emploi judicieux du curettage est une précision aussi rigoureuse que possible dans le diagnostic anatomique et symptomatique de chaque cas particulier.

La méthode du professeur Brown-Séquard.

Nous nous sommes abstenu jusqu'ici de parler dans nos colonnes de la soi-disant merveilleuse découverte de M. le professeur Brown-Séquard, voulant attendre que le temps permît d'émettre un jugement plus mesuré sur cette curieuse méthode. Accueillie au début par des lazzi et des haussements d'épaules, elle fait depuis quelques jours le sujet de plusieurs communications à l'Académie des sciences, de la part de savants qu'on ne saurait suspecter de faux enthousiasme ou d'affaiblissement des facultés mentales. En présence de ces comptes-rendus de tous les journaux médicaux, nous ne pouvons rester muets indéfiniment. Nous n'apprécierons pas la méthode, vu qu'actuellement il est impossible de l'apprécier. M. Brown-Séquard n'a peut-être pas découvert une panacée contre la vieillesse, l'affaiblissement, les maladies nerveuses, ainsi qu'il paraît le faire croire dans son enthousiasme, mais il a certainement ouvert une voie nouvelle aux recherches physiologiques et thérapeutiques, dont les médecins auraient grand tort de nier la portée. Certes, il ne faut pas se départir d'une grande réserve vis-à-vis de ces infusions ou extraits abracadabrants de glandes animales, dont les propriétés ne peuvent pas avoir une puissance si grande qu'on a voulu le faire supposer. Mais il ne faut pas de parti pris contre une méthode, qui a priori paraît rationnelle. Les glandes contiennent certains principes nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme. Ne savons-nous pas que l'ablation ou la destruction

de la glande thyroïde, de la rate, des capsules surrénales produit une cachexie le plus souvent mortelle ? La castration ne diminue-t-elle pas très notablement la vigueur et la capacité intellectuelle et physique ? Il paraît donc certain que toutes les glandes contiennent en elles des substances, qui dynamogénisent l'économie tout entière. C'est sur ce principe que s'est appuyé M. Brown-Séquard pour faire ses expériences d'injections de liquide testiculaire d'abord, puis de différents sucs animaux (thyroïdien, musculaire, cérébral, surrénal) dans des organismes affaiblis ou malades. Un grand nombre de médecins des hôpitaux de Paris et de la province ont expérimenté les liquides préparés au Collège de France par trituration de glandes animales, filtration à travers des bougies d'alumine et stérilisation sous pression dans l'acide carbonique liquide (procédé de M. d'Arsonval). Ces liquides additionnés de glycérine et d'eau salée au 5/100 sont injectés sous la peau de la hanche ou de la fesse, et provoquent, paraît-il, fort peu de douleur.

Les conclusions auxquelles sont arrivés actuellement les expérimentateurs sont les suivantes :

1° Chez les vieillards, dont les glandes spermatiques ont notablement perdu de leurs fonctions, des injections de liquide testiculaire peuvent fournir ce qui manque quant à la puissance des centres nerveux ;

2° Dans toutes les maladies, la faiblesse peut être combattue avantageusement par des injections du liquide testiculaire. Les cas dans lesquels l'emploi de ce liquide a le plus d'efficacité sont ceux de tuberculose pulmonaire, d'ataxie locomotrice, de lèpre, d'anémie, de paralysie, etc.

3° En général, « lorsque chez un animal, un organe a disparu, soit pathologiquement, soit expérimentalement, il se produit certains symptômes et accidents qui sont de nature à s'amoindrir ou à s'éteindre complètement après l'injection d'un liquide de macération de l'organe absent ».

Ainsi, il suffirait de faire des injections hypodermiques de suc rénal, à un chien, pour faire cesser les graves accidents qui sont consécutifs à l'extirpation des reins pratiquée sur cet animal.

C'est ainsi encore que, dans certaines affections de l'ovaire, on aurait injecté avec succès du liquide ovarique, dans le myxœdème du liquide provenant de la glande thyroïdienne d'un mouton, dans la maladie bronzée du suc extrait des capsules surrénales d'un mouton également. Dans ces derniers cas, qui concernent des états morbides fort graves, la guérison aurait été rapidement obtenue.

Nous ferons remarquer à nos lecteurs que nous citons sans formuler aucune appréciation. A coup sûr, c'est une méthode qui n'a pas encore de morts à son passif ; elle n'est donc pas comparable à la fameuse méthode de Koch ; on peut l'expérimenter sans crainte.

Le tannate de mercure dans la Syphilis.

Le Dr Allen, de New-York, préconise un nouveau traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de tannate d'hydrargyre. Il reproche au calomel de produire la salivation, ce qui est vrai ; au sublimé, les troubles stomacaux, ce qui arrive quelquefois ; et, au protoiodure, tous les désagréments ci-dessus avec la diarrhée séreuse en plus, sans compter l'inconvénient qu'il y a à administrer trop tôt une préparation *iodée*. Le Dr Allen s'en tient donc au tannate de mercure. Il l'administre en poudre, en pilules ou en injections hypodermiques, ces dernières d'après la formule de Kaposi :

Tannate d'hydrargyre.............. 20 parties.
Paraffine liquide *ou* Huile de vaseline 10 parties

Six ou huit seringues de Pravaz constituent une cure : l'opération cause une douleur insignifiante et, selon l'auteur, elle ne serait jamais suivie d'abcès. — Dans les cas où le tube digestif est par trop susceptible, ce mode de traitement peut constituer une précieuse ressource.

Etude physiologique sur l'huile essentielle de Géranium.

MM. Cadéac et A. Meunier viennent de faire d'intéressantes recherches sur les effets physiologiques du géranium et de son essence.

Cette huile volatile s'obtient par la distillation de plusieurs espèces de *pelargonium* ; les plus importantes sont l'*odoratissimum*, le *roseum*, le *capitatum*, le *balsameum* ; viennent ensuite le *cucullatum*, le *fragrans* et le *graveolens*. Ces plantes sont pour la plupart originaires de l'Afrique australe, de la colonie du Cap ; elles sont cultivées en Europe depuis un ou deux siècles : le *cucullatum* a été importé vers la fin du XVIIe siècle, l'*odoratissimum* a été introduit en 1724, et la plupart des autres espèces depuis environ une centaine d'années. Mais ce n'est que dans le nord de l'Afrique et dans la Turquie que la culture de ces *pelargonium* se fait sur une vaste échelle pour l'extraction de l'essence de géranium ; dans les autres pays on ne les cultive que pour le plaisir des yeux et la satisfaction de l'odorat.

L'essence de géranium est un antiseptique de valeur et un stupéfiant de premier ordre ; elle est analgésiante, enivrante et soporifique. Elle n'excite passagèrement qu'avec les doses massives, sans jamais déterminer de convulsions. Cependant elle exerce une action dynamogénique marquée sur le cœur, elle augmente la puissance des ondées sanguines et en régularise le cours. Elle est assez toxique : un peu plus de deux centigrammes suffisent pour faire mourir, par la voie veineuse, un kilogramme de chien, en quelques minutes ; elle tue par syncope respiratoire.

La symphyséotomie dans les rétrécissements du bassin.

Il n'est question depuis quelques séances à l'Académie de Médecine que d'une opération, regardée autrefois comme très grave et devenue, grâce à la méthode antiseptique rigoureuse, d'une exécution plus pratique et d'un pronostic relativement bénin.

En effet, on peut, par la symphyséotomie, obtenir un agrandissement notable du diamètre pelvien et sans autre lésion qu'un décollement des ligaments antérieurs de l'articulation sacro-iliaque. La consolidation se fait en un mois environ.

La femme étant placée dans le décubitus dorsal et au bord du lit, inciser les téguments prépubiens exactement sur la ligne médiane sauf à la partie inférieure de l'incision, pour éviter le clitoris. Ecarter les muscles droits pour pénétrer

avec le doigt dans la cavité prévésicale et protéger la vessie. Terminer la section du pubis en réservant le ligament sous-pubien pour la fin et cherchant à le forcer avec le doigt avant d'y porter la pointe du bistouri. Ne s'arrêter que lorsque le doigt a pu se promener entre les deux pubis dont on favorisera l'écartement par l'abduction des cuisses.

Les accoucheurs italiens ont publié des résultats très satisfaisants. Spinelli a pratiqué 24 symphyséotomies avec 24 résultats favorables pour la mère et 22 pour l'enfant.

Un fœtus à terme et bien développé peut traverser, grâce à la symphyséotomie, un bassin vicié ont le conjugué vrai mesure au moins 65 millim., c'est-à-dire un bassin pour lequel les accoucheurs de tous pays conseillent et pratiquent l'embryotomie ou l'opération césarienne.

Toute femme dont le bassin est vicié peut subir impunément la symphyséotomie, pourvu que l'opération soit pratiquée antiseptiquement.

Les traitements de l'angine diphthérique.

Le traitement de la diphthérie est toujours l'objet de recherches acharnées de la part des principaux pédiâtres et il ne se passe guère de semaines, où l'on n'entende parler d'une nouvelle méthode de traitement contre cette terrible maladie ; comme toujours, la multiplicité des moyens prouve le peu de valeur de chacun d'eux. En sorte qu'on se demande si l'efficacité de chaque traitement est bien réelle, et si la maladie n'évoluerait pas de la même façon, c'est-à-dire tantôt vers la guérison, tantôt vers la mort plus ou moins rapide, si l'on s'abstenait de toute intervention. Les sceptiques ont encore beau jeu pour cette maladie ; cependant, hâtons-nous de déclarer que nous n'en sommes pas. Nous croyons que le plus rationnel est d'adopter jusqu'à nouvel ordre les conclusions que M. le Dr *Dubousquet-Laborderie* a formulées à la Société de thérapeutique à la suite d'une revue générale de tous les traitements préconisés dans ces dernières années :

1. Dans la thérapeutique de la diphthérie, la médication interne est de plus en plus abandonnée, sauf la médication tonique sur laquelle tout le monde est d'accord.

2. Le traitement local *antiseptique* est universellement adopté. Parmi les médecins, les uns respectent la fausse membrane, d'autres agissent sur elle. Selon M. Dubousquet, il y a avantage à bien cautériser la muqueuse sous-jacente à la membrane. La plupart des praticiens sont d'avis aujourd'hui qu'il y a lieu de continuer le traitement nuit et jour, dès le début.

3. Le topique qui paraît être le plus employé est l'acide phénique.

CHIRURGIE PRATIQUE

Du cathétérisme en général.

Parmi les opérations qui se représentent, le plus fréquemment, dans la pratique médicale, le cathétérisme peut être considéré, à juste titre, comme tenant le premier rang avec les accouchements et l'on est en droit d'appliquer à cette opération le même dicton qu'aux accouchements : « *Rien n'est aussi facile quand c'est facile, rien n'est aussi difficile quand c'est difficile.* »

Les livres classiques ont adopté, pour la description du cathétérisme, une méthode consistant à diviser l'opération en plusieurs temps ; mais je crois qu'ils se sont arrêtés à moitié chemin, ce qui en rend l'exposition peu claire en général. Le Dr Caudmont, beaucoup plus logique, a poussé cette division dans ses moindres détails et les résultats qu'il a obtenus prouvent qu'il avait parfaitement saisi les difficultés de l'enseignement d'une opération assez complexe. J'ai reproduit dans ma *Pratique de la chirurgie des voies urinaires* et dans les *Annales* des mêmes organes, les manœuvres par temps et mouvements préconisés par ce spécialiste éminent.

Aujourd'hui je ne puis que parler du cathétérisme dans ses parties essentielles et dans ce que le praticien doit absolument connaître, s'il ne veut pas se trouver quelquefois dans une position critique au lit du malade.

Un point qui domine tout le cathétérisme, c'est que la sonde doit être conduite avec des *sensations* et non en se basant sur des longueurs anatomiques. En effet, l'urèthre de l'homme n'a ni une longueur, ni une direction identiques chez deux individus, même à l'état normal. Ces variétés dans la direction et dans les dimensions ont été bien indiquées par les auteurs, et tous ont recommandé d'y avoir égard dans les manœuvres du cathétérisme. Mais il n'en est pas moins vrai qu'avant de sonder un urèthre, l'opérateur ne sait pas comment il va le trouver; s'il lui faudra modifier la manœuvre habituelle, ni dans quel sens il devra établir cette modification. C'est en faisant l'opération que toutes ces notions s'acquièrent. De là résultent l'embarras et les insuccès du débutant, qui ne peut étudier un urèthre qu'en le parcourant et qui ne sait pas le parcourir. S'il arrive dans la vessie, ce sera par hasard, ayant agi par instinct, et sans pouvoir se rendre compte de ce qu'il aura fait.

C'est donc absolument par les sensations que l'on doit se guider dans le cathétérisme.

D'un autre côté, il y a à établir une distinction très importante entre les différents instruments employés pour le cathétérisme ; le cathétérisme n'est plus le même avec les instruments flexibles (bougies en gomme), qu'avec les instruments métalliques.

Quand on introduit une bougie en gomme élastique ou tout autre instrument flexible dans un canal normal, la facilité avec laquelle l'instrument avance fait que le mécanisme de l'introduction échappe à l'opérateur. L'instrument pénètre de lui-même, la flexibilité empêche la main du praticien de le diriger d'une manière efficace. L'instrument flexible comme l'instrument rigide descend assez facilement jusqu'au cul-de-sac du bulbe. Le bec, arrivé vers la terminaison du bulbe, rencontre perpendiculairement la paroi inférieure de l'urèthre, à l'endroit où celle-ci change de direction et se relève brusquement en haut et en arrière. Cet obstacle que rencontre le bec de l'instrument flexible, bien souvent le chirurgien n'en a pas connaissance, puisque la tige, continuant à être poussée par la main de l'opérateur, le bec se plie, prend la direction horizontale de la partie profonde du canal et s'engage dans cette nouvelle portion de l'urèthre. Une fois ce changement de direction opéré, l'instrument n'a plus d'obstacle à rencontrer jusque dans la cavité vésicale, puisque la direction du canal ne varie plus et l'opé-

ration se termine sans difficulté possible, à moins qu'il n'existe un état pathologique au col vésical. L'appui que la contraction tonique des muscles bulbo-caverneux donne à la paroi inférieure du bulbe favorise singulièrement l'incurvation des instruments flexibles à un degré convenable pour rotrouver l'orifice de la portion musculeuse.

Cependant il existe une condition anatomique qui, dans pas mal de cas, tend à apporter quelque obstacle à l'exécution du cathétérisme avec les tiges flexibles : c'est que, sous l'arcade du pubis, non seulement l'urèthre change de direction, mais la paroi postérieure du canal, vers la terminaison du bulbe, est sur un plan moins élevé que l'orifice de la portion musculeuse. De sorte que le bec de l'instrument non seulement doit changer de direction, mais doit aussi se relever pour venir s'engager dans la portion musculeuse. Cette manœuvre s'accomplit facilement si, du point où touche le bec de la bougie au niveau du bulbe jusqu'à l'entrée do la portion musculeuse, la paroi postérieure du canal se relie par un plan légèrement incliné en haut et en arrière et si en même temps la différence de hauteur entre ces deux points n'est pas trop considérable.

Mais s'il en est autrement, si le bulbe s'unit à la portion musculeuse par une espèce de cul-de-sac, on comprend que le bec de l'instrument puisse éprouver des difficultés pour se dégager et arriver dans la portion musculeuse. Or la profondeur du bulbe varie chez les différents individus, et dans certains états pathologiques ello acquiert quelquefois une dimension considérable.

La pression que le bec de l'instrument exerce sur la paroi inférieure du canal pour *se relever* tend aussi à augmenter la profondeur do ce cul-de-sac. Ainsi, toutes choses égales d'ailleurs, les tiges très minces, très flexibles, à l'aide desquelles il est impossible de transmettre, pour ainsi dire, aucune force, pénètrent beaucoup mieux que celles qui sont rigides et qui peuvent mieux communiquer la pression exercée par la main du chirurgien, quelque légère que soit cette pression. Si l'on veut prendre un exemple, on n'a qu'à étudier comparativement la marche d'une bougie fine en gomme élastique et celle d'une sonde courbe en gomme de moyen ou de gros calibre. La première pénétrera sans qu'on perçoive la moindre sensation d'obstacle et elle arrivera dans la vessie en glissant, dans tout le canal, comme sur du velours. Il en sera de même pour la sonde courbe, plus grosse, depuis le méat jusqu'au bulbe ; mais là, il y aura le plus souvent, un temps d'arrêt : l'opérateur sentira d'une manière plus ou moins netto, selon les circonstances, que quelque chose fait obstacle : puis, appuyant légèrement sur l'instrument, il percevra la sensation du bec qui se dégage pour franchir le restant du canal ; le plus souvent cette entrée du bec dans la portion musculeuso s'exécutera en s'accompagnant d'un léger soubresaut, qui fera très bien comprendre le phénomène qui se produit.

La pression exercée sur la paroi postérieure du canal et le refoulement qu'éprouve cette dernière sont démontrés par ce qui arrive lorsque le bec de la sonde ne réussit pas à sortir du cul-de-sac du bulbe; si l'opérateur continue à pousser, dans un premier temps, l'instrument s'avancera plus avant, comme s'il était placé dans la bonne direction, et ce n'est qu'ensuite que la sensation de résistance se laisse percevoir d'une manière bien nette. Si alors on lâche la sonde, en même temps qu'elle se redresse, on la voit revenir en avant, chassée par le retrait de la paroi uréthrale, qui, en vertu de son élasticité, revient à la situation primitive. Ce refoulement de la paroi de l'urèthre au niveau du bulbe peut avoir lieu quelquefois à un degré assez considérable pour faire croire que l'obstacle siège au delà du collet du bulbe que l'opérateur pense avoir franchi.

Aussi, dans une semblable circonstance, faut-il imprimer une grande courbure au bec de l'instrument et effacer autant que possible le cul-de-sac par une traction, même assez forte, de la verge. Le fait que je viens d'analyser a été cause de plus d'une erreur et a fait croire, dans bien des cas, à des rétrécissements organiques qui n'existaient pas.

Le cathétérisme est une opération qui consiste à conduire à travers le canal de l'urèthre des instruments constitués par des tiges de nature, de forme, de volume et de longueur variable, dans le but d'arriver soit à un point déterminé du canal, soit à la cavité vésicale elle-même.

Le cathétérisme doit être modifié suivant la forme de l'instrument : donc, je citerai les deux plus pratiques, le cathétérisme curviligne (rigide ou flexible), le cathétérismo coudé (rigide ou flexible).

J'exposerai d'abord différentes conditions qui sont pour ainsi dire générales pour toutes sortes de cathétérisme.

1° *Position du malade.*

En thèse générale, quoique, dans certains cas, le cathétérisme avec les instruments flexibles soit plus facile le malade étant debout que dans la position horizontale, il est préférable que le patient soit couché.

Le malade sera placé sur le bord de son lit de manière à rapprocher son corps le plus possible de l'opérateur ; sa tête sera légèrement fléchie sur le thorax, les épaules basses, les mains jointes sur la poitrine (ce qui lui évite les mouvements involontaires vers l'instrument), le bassin soulevé par un coussin, les jambes reposant sur le lit, non pas par les talons, mais par la face externe des jambes : les membres inférieurs seront écartés et les talons placés de manière à ne pouvoir prendre de points d'appui. Obtenir, en un mot, le relâchement le plus complet des muscles et pour cela éviter toute position des membres qui permettrait de prendre un point d'appui.

On a dit qu'il était suffisant de mettre un coussin quand le malado présentait de l'embonpoint : c'est une exclusion qu'il ne faut pas adopter : cette précaution est nécessaire même chez les sujets jeunes : ce coussin joue un rôle important, il faut qu'il soit dur : sa grosseur dépend soit de la mollesse du lit, soit de l'âge de l'opéré ; si le lit est mou, il y aura un creux à l'endroit où repose le bassin, creux qui doit être effacé, car il rend difficile le placement d'une cuvette destinée à recueillir l'urine ; si le malade est âgé, il faut craindre un engorgement sénile de la prostate, engorgement qui exigera un abaissement considérable du pavillon de la sonde entre les jambes du malade ; il est donc nécessaire de calculer la grosseur du coussin, de manière que le bassin soit assez élevé pour permettre l'abaissement suffi-

CORRESPONDANCE
(*Suite*)

en province, comparé à la pratique médicale de la capitale.

Il est permis à un médecin de campagne de dire son mot sur des choses qu'il voit tous les jours, et constamment.

Mes idées datent des premières années de ma pratique médicale, et je sais qu'elles sont partagées par les confrères de mon pays, qui se taisent, et continuent leur chemin, faisant le plus de bien qu'ils peuvent, se dévouant obscurément, et n'attendant de leurs services, ni grande considération, ni grande rémunération.

Délivrée de quelques-unes des grandes épidémies du moyen âge, peste, choléra, lèpre, etc., la pauvre humanité retombe aujourd'hui aussi bas que possible, par l'alcoolisme, l'abus du tabac, le morphinisme, fléaux qui étendent de plus en plus leurs ravages, et qui, combinés à un autre mal, le *malthusianisme*, si on n'y met ordre, finiront par tarir dans sa source la vitalité de la race française.

Veuillez agréer mes sincères félicitations pour votre dévouement, et les services que vous rendez à la cause médicale, l'assurance de ma vive sympathie. »

Nous publions ces quelques passages de votre lettre. Mais nous ne pouvons publier vos considérations qui ne sont que la répétition de vues déjà souvent exposées ici.

Dr M., à B. (Finistère).— Nous servirons, volontiers, pendant quelque temps, le journal aux noms désignés, afin de mettre les confrères au courant des tendances de notre Société. A votre intention, nous expliquons que le *Directeur* du Concours, toutes les fois qu'un médecin devient membre du Concours, s'est engagé à verser, au capital inaliénable de la Société civile, la somme de 10 francs, prix de la première année d'abonnement. De telle sorte que si vous provoquez l'abonnement de cent membres, vous faites verser à la *Société la somme de mille francs*. Mais il est évident que le versement de 10 fr. par abonné nouveau ne peut être effectué que quand il est reçu et ne peut concerner les envois, à titre de propagande, à un médecin qui n'a pas adhéré à la Société et consenti à l'abon-

nement au journal. En ce qui concerne le *Bulletin des Syndicats*, les 2 francs par tête, que verse le Syndicat, comportent l'envoi, à titre gratuit, du Bulletin, aux membres du Syndicat, non abonnés au Concours, puisque les abonnés lisent le *Bulletin*, par portions, dans le *journal* de chaque semaine, sous la rubrique : Bulletin des Syndicats. C'est l'ensemble de ces bulletins partiels qui constitue la publication mensuelle de l'*Union des Syndicats*. Les 2 francs de cotisation ne couvriraient pas les frais de publication, s'il n'y avait quelques produits de la publicité du *Bulletin*.

Dr G., à L. G. D. B. — Même à titre confidentiel, nous ne pourrions vous renseigner sur la valeur réelle des actions de cette Société ; nous n'avons pas été tenu au courant de ses opérations et ne consentirions pas, par conséquent, à vous guider.

Dr Q., à S. (Côte-d'Or). — On a pris note de votre désir. Mais, dans les conditions que vous indiquez, il sera difficile de vous satisfaire.

Dr G., à M. (S.-et-O.). — Reçu le prix des collections du *Concours* que vous avez demandées. Compliments.

Dr L. 3702, à E. B. — Votre don au Concours a été inscrit. — Vous l'êtes également à la liste des stations. Nous ne publions aucune étude relative aux traitements thermaux des diverses stations.

Dr J., à A. (Morbihan). — Il ne se passe pas d'année où nous ne répondions à cette question : Non, la jurisprudence ne reconnaît pas le privilège des médecins pour dernière maladie, lorsque le malade n'a pas succombé. Mais quelques tribunaux ont jugé autrement ; voyez le numéro 28, 11 juillet 1891 (Tribunal de Narbonne) et soumettez-le à votre huissier qui hésite à vous inscrire comme privilégié. S'il se contente de cette lecture, il vous inscrira. Mais ne poussez pas plus loin (voyez le numéro 20, 17 mai 1890), vous seriez condamné. Ces demandes réitérées prouvent qu'on devrait bien conserver les collections du *Concours* ; on recourrait aux tables et on aurait la solution de la plupart des questions qu'on nous adresse.

sant du pavillon, et qu'on ait la place d'une cuvette entre les jambes du malade sans gêner ce mouvement. Ce coussin peut se faire très facilement : on prend une descente de lit que l'on roule serré ; on la place dans le creux obtenu en pliant un oreiller en deux et l'on maintient le tout avec une serviette pliée en cravate et placée de telle sorte que le nœud corresponde à la jonction des deux bords de l'oreiller.

Le chirurgien doit avoir soin d'établir ce coussin de telle sorte que, le malade une fois placé, ce dernier soit bien à la hauteur voulue par rapport à la main de l'opérateur. En effet, si le bassin est trop élevé, le chirurgien est obligé d'opérer sur la pointe des pieds : si le bassin est trop bas, l'opérateur se trouve forcé de baisser la tête et de courber le corps, position qui devient vite fatigante.

Le chirurgien doit bien se rappeler que, dans cette position, la partie extra-pubienne du canal du malade est horizontale et la partie intra-pubienne verticale.

Il y a encore une autre position, qui consiste à placer le malade sur le bord du lit, les jambes écartées, les pieds sur les chaises : le chirurgien entre les jambes du malade. Cette position doit être rejetée de la pratique ordinaire et regardée comme exceptionnelle.

2° *Position du chirurgien.*

Le chirurgien doit-il être placé à la droite ou à la gauche du malade couché ? Des auteurs engagent l'opérateur à se placer à gauche du malade pour le cathétérisme ordinaire : il est évident qu'un praticien exercé introduira l'instrument dans le but de vider la vessie ou d'explorer le canal, aussi bien étant à droite qu'à gauche du malade ; mais la place, par rapport au malade, ne sera pas indifférente, s'il s'agit de lithotritie, d'uréthrotomie interne (avec l'instrument de Civiale). Il vaut donc mieux que le chirurgien ait la position qui convient à tous les cas. L'opérateur se placera donc à la droite du malade ; un peu plus haut que les organes génitaux de ce dernier, de manière à ce que sa main droite, placée horizontalement, puisse tomber vers ces organes perpendiculairement à l'axe du corps de l'opéré : il s'effacera légèrement au début du cathétérisme, de manière à regarder les pieds du malade. Cette position qui, au premier abord, peut paraître décrite d'une façon prétentieuse, rend cependant de grands services pour les premiers temps de l'introduction de la sonde.

3° *Manière de saisir la verge.*

La préhension de la verge pour exécuter la manœuvre du cathétérisme paraît être de la plus grande simplicité. Souvent le chirurgien ne songe à prendre cet organe, qu'ayant déjà la sonde dans la main droite et il saisit la verge comme il peut, sans principe, ni méthode. Cependant, pour exécuter cette préhension, on doit tenir compte de certaines conditions anatomiques très importantes. La verge est entourée superficiellement d'une gaine appelée fourreau, qui se meut avec la plus grande facilité sur la portion pénienne, de sorte que si l'on se contente, pour saisir la verge, de prendre seulement la peau qui recouvre le membre viril, on ne tirera que cette peau quand on voudra allonger la verge pour faciliter le passage du bulbe : il est donc de toute nécessité que ce soient les corps caverneux qui soient saisis et très solidement par la main.

D'un autre côté, on ne peut pas saisir indifféremment la verge dans tous les points de la circonférence : il y a le canal de l'urèthre à éviter et cependant, quand on examine la manière dont la plupart des praticiens saisissent le pénis, on remarque que presque toujours ils le saisissent dans le sens antéro-postérieur ; il en est ainsi pour les malades qui se sondent eux-mêmes.

Ces conditions, basées sur l'anatomie, c'est-à-dire préhension solide de la verge et soin d'éviter toute pression directe sur le canal, m'engagent à décrire la méthode préconisée par Gaudmont : Appliquer la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne de la main gauche sur la symphyse pubienne, écarter le médius et l'annulaire de cette main ; avec la main droite prendre la verge et l'amener dans cet espace interdigital, puis serrer fortement le corps caverneux et maintenir la verge dans une direction faisant un angle de 20 à 25° avec la paroi abdominale : enfin, avec le pouce et l'index de la main gauche, abaisser le prépuce et presser la base du gland pour entr'ouvrir les lèvres du méat urinaire.

Par ce procédé, le méat est bien dégagé du prépuce, les corps caverneux sont saisis solidement, la verge est comprise dans l'angle formé par les doigts médius et annulaire ; le canal situé à l'opposé de l'angle de ce triangle ne peut être serré et plus, au contraire, on presse sur la verge, plus on laisse libre la face inférieure de cette dernière. Quant à la pression de la base du gland pour ouvrir le méat, c'est une méthode familière à tous les chirurgiens qui sont appelés à examiner souvent l'uréthre. Comme le placement de la verge dans l'espace digital exige d'avoir la main droite libre, il est évident que tout cathétérisme doit commencer par la prise de la verge avant de toucher au cathéter.

J'insiste d'une façon spéciale sur ce procédé de préhension, quelque fastidieux qu'il paraisse au premier abord. Quelquefois, pendant une longue séance de cathétérisme, les doigts sont fatigués ou teintés de sang, la verge est humectée d'un corps gras et de sang ; il devient difficile, avec les moyens ordinaires préconisés, de tirer sur la verge : la position indiquée plus haut n'a pas ces inconvénients. Ce point est même plus important à observer, le malade étant opéré debout, car il est bien souvent nécessaire, dans ce cas, de ramener la verge sur le ventre en tirant fortement sur elle pour éviter le cul-de-sac du bulbe.

Je donnerai prochainement les règles des cathétérismes spéciaux.

Dr Delefosse.

CLINIQUE

Hôpital de la Charité. Professeur Duplay.
Leçon recueillie par le Dr Hervouët.

Arthrite chronique de l'épaule et tumeur voisine.

Le malade est âgé de 58 ans, il exerce la profession de chapelier.

On ne trouve rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Ses antécédents personnels offrent quatre blennorrhagies et une bronchite ayant duré six semaines, alors qu'il était militaire. Il n'a jamais eu la syphilis.

Le début de l'affection actuelle remonte à huit mois environ : à la suite d'un froid intense il

éprouva des douleurs vives dans le bras droit. Quatre mois après, souffrant toujours, il fit une chute ; ayant été heurté par une voiture, il fut renversé en arrière, et son épaule droite vint frapper le sol fortement. Les douleurs augmentérent, sans qu'il se produisît de changements dans le volume de l'articulation et il fut forcé de cesser de travailler ; ce qu'il n'avait pas fait jusqu'à ce moment.

Il y a deux mois, il remarqua, à la partie supérieure du bras, dans la région antéro-interne, l'apparition d'une petite tumeur grosse comme une noix, indolente, qui s'est mise à grossir lentement ; cependant depuis un mois, l'accroissement a été plus rapide, en même temps que la santé s'est notablement altérée.

Il y a donc chez ce malade deux affections : une de l'articulation scapulo-humérale et une tumeur du bras.

1° *Affection articulaire.*—A l'inspection, l'épaule présente une légère déformation, la région deltoïdienne est aplatie, mais pas très notablement ; le bras pend parallèlement au tronc dans une légère adduction.

A la palpation, on sent, au-dessous de l'acromion, un léger gonflemeut, sensible aux yeux et aux doigts et dont la pression éveille une douleur vive tout le long de la circonférence de l'acromion et au-dessous. Il y a peu de douleurs spontanées. Tous les mouvements de l'humérus sont limités ; l'abduction est arrêtée rapidement. De plus, un symptôme qui frappe, c'est la production de craquements, de frottements osseux, se produisant au moindre mouvement, dans tous les sens. Si on appuie sur la tête, on la déplace dans la cavité augmentée et on produit des frottements.

Donc, cette articulation est atteinte d'arthrite subaiguë, ayant eu un coup de fouet par suite du traumatisme. Cela pourrait être de l'*arthrite déformante* ; mais elle doit être éliminée, car cette arthrite n'est pas douloureuse ; de plus, la déformation, ici, n'est pas notable, alors que dans cette articulation, l'arthrite déformante donne rapidement des déformations très appréciables.

On pourrait penser à une *arthrite tuberculeuse*, ou à une *arthrite chronique simple rhumatismale.* Je suis porté à croire à la tuberculose : au-dessous de l'acromion et vers l'apophyse coracoïde, il y a un empâtement profond, facilement perceptible, qui donne l'idée de fongosités ; il y a dénudation articulaire ; enfin l'état général est mauvais : l'appétit est perdu, et il existe une diarrhée continuelle. Il n'y a d'ailleurs rien aux poumons, ni ailleurs, sauf des tares alcooliques (tremblements, pituites, etc.).

2° *Tumeur du bras.* — Elle présente le volume d'une pomme de terre moyenne ; sa forme est hémisphérique ; elle est située, comme je l'ai déjà dit, dans la région antéro-interne de la partie supérieure du bras.

Ses limites, très précises en haut, en dehors et en bas, ne le sont pas à la partie interne ; nettement limitée à la loge du biceps, elle semble se perdre dans l'aisselle, en dedans.

La peau est normale et se plisse sur la tumeur, il n'y a pas d'adhérences. Sa consistance est molle et franchement fluctuante. Cependant, en explorant avec attention, on remarque dans l'épaisseur certaines inégalités. Elle est légèrement mobile sur les parties profondes. Si on fait contracter le biceps, elle devient à peu près complètement fixe ; mais ce n'est pas la fixité d'une tumeur intra-musculaire.

Elle n'est douloureuse, ni spontanément, ni à la pression. Il s'agit manifestement d'une tumeur liquide.

Quel est son siège anatomique ? Je viens de le dire ; je vais le compléter par un autre signe : elle est sous-aponévrotique, et, si on suit la face antérieure du biceps jusqu'à la tumeur, on sent comme une lamelle qui passerait de la face antérieure du biceps sur la tumeur : donc elle est contenue dans la loge du biceps.

Cette tumeur est liquide. Mais quelle est sa nature ? Est-ce du *sang* ? — Non ; car il n'y a pas eu de traumatisme ayant immédiatement précédé son apparition et elle n'est pas en relation avec le système sanguin.

Est-ce du *pus* ou de la *sérosité* ? Si c'était du pus, ce serait un *abcès froid* ; et en effet le développement a été lent, indolent, sans aucun signe d'inflammation. Mais un signe relevé fait pencher vers l'hypothèse d'une tumeur plus ou moins kystique : on a cherché la transparence, et on l'a trouvée ; puis, dans la chambre noire, on a trouvé qu'elle était bien un peu transparente, mais seulement semi-transparente.

Il n'y a qu'une variété de tumeur liquide, dans une loge musculaire, à laquelle il faut songer, c'est le *kyste hydatique*. Ici éliminons-le; car la transparence serait parfaite ; puis la tumeur n'est pas musculaire.

On se demande dans quel tissu pourrait se développer un abcès froid ou une collection plus ou moins séreuse. Et il faut songer à la relation possible entre cette tumeur et l'affection de l'épaule. Dans les affections articulaires chroniques, il se fait fréquemment, dans certains prolongements normaux de la synoviale, des produits qui peuvent ulcérer la synoviale et gagner beaucoup plus loin : il peut y avoir soit des *kystes synoviaux*, soit des *fongosités*.

Nous remarquons que les limites de la tumeur sont peu nettes, du côté de l'aisselle et en palpant profondément, on sent le liquide qui tend à remonter vers l'articulation. C'est donc probablement une accumulation de liquide plus ou moins séreux, avec dépôts fibrineux, qui s'est faite par le prolongement de la séreuse dans la coulisse bicipitale.

Nous avons donc affaire à : 1° une arthrite chronique, probablement fongueuse, 2° un kyste synovial, d'origine articulaire, ayant filé par le prolongement bicipital de la synoviale.

Pronostic. — L'arthrite est la lésion dominante, qu'elle soit simple, ou fongueuse : le mieux qui puisse arriver, c'est l'ankylose de l'épaule.

Quant à la tumeur, aujourd'hui, elle n'ajoute rien au pronostic.

Traitement. — Il faut d'abord débarrasser cet homme de sa complication.

Faut-il faire une injection comme dans une hydrocèle ? Non, car elle peut causer une inflammation, se communiquant à l'épaule, et, de plus, être inefficace.

On ne peut pas disséquer cette tumeur. Mieux vaut la traiter comme un abcès froid, en enlevant ce qu'on pourra, faire un grattage énergique et, au besoin, même des cautérisations.

Plus tard, il restera à soigner l'arthrite scapulo-humérale par : 1° l'immobilisation dans l'adduc-

tion, 2° les révulsifs, 3° le traitement général. Mais il se peut que tout cela se termine par une résection de l'épaule.

Nota.— Cette clinique a été recueillie avant que la méthode sclérogène eût acquis toute sa notoriété et c'est pour cela qu'il n'en est pas fait mention.

Avec ce que nous savons actuellement de ce traitement, on peut se demander s'il aurait pu être utile de l'essayer dans le cas cité.

Notons d'abord qu'il n'y a pas, à l'heure actuelle, un seul cas connu de scapulalgie traité par les injections de chlorure de zinc; ce qui tient, vraisemblablement, à la rareté de la tumeur blanche de l'épaule.

Mais ce que nous connaissons des résultats généraux de la méthode et de ceux obtenus par MM. Iscovesco et de Saint-Germain, à la hanche, articulation très analogue, anatomiquement, à l'épaule, nous autorise à croire qu'il serait indiqué, dans un cas semblable, de faire des injections de chlorure de zinc sur les limites de la tumeur et au pourtour de l'articulation, quitte à compléter plus tard le traitement par une opération qui pourrait être aussi conservatrice que possible.

P. Hervouet.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Exercice illégal de la pharmacie par un médecin.

Un charlatan diplômé, c'est-à-dire docteur en médecine, qui fait des consultations par correspondance et envoie des médicaments contre remboursement, est-il bien couvert vis-à-vis de la loi, après s'être attaché un pharmacien qui prépare ses pilules, et celles-ci, dans l'appartement du médecin ?

Ce charlatan diplômé a le droit de faire des consultations par correspondance et de réclamer une rémunération.

Quant à envoyer des pilules à ses clients, il commet une infraction (1) à la loi de germinal, bien qu'il se dissimule derrière le pharmacien qui les prépare. La question ne fait pas l'ombre d'un doute et a été résolue dans maintes circonstances par la jurisprudence, etc.

Opinion de Dubrac.

« L'association entre un médecin et un pharmacien, dit Dubrac, peut être nulle comme entachée d'immoralité. On a vu un médecin associé à un pharmacien pour donner des consultations gratuites dans un cabinet dépendant de l'officine, le pharmacien exécutant les ordonnances et tous les deux partageant les bénéfices tirés de la vente des médicaments. La *Cour de Paris a jugé le 31 mai 1886*, que, par cette convention, ils ne manquaient pas seulement tous les deux aux devoirs de leur profession, le médecin en faisant commerce de son art et en se créant un intérêt à prescrire des remèdes superflus, le pharmacien en se prêtant à cette spéculation abusive et en privant les malades du seul contrôle qui puisse prévenir le danger des préparations médicales infidèles ou défectueuses, mais encore que l'association était viciée dans son principe même, puisqu'elle reposait sur une combinaison frauduleuse destinée à tromper le public par l'appât de consultations gratuites en apparence et rétribuées en réalité. »

(1) Il commet l'infraction s'il est prouvé qu'il fait acte de gestion. Voir ce que nous avons dit dans notre précédente consultation.

Nullité de l'association.

(*Paris* 31 *mai* 1886). *L'association est donc nulle ; mais tombe-t-elle sous l'application d'une loi pénale ?*

Dubrac répond par *l'affirmative.*

Sanction pénale admise par Dubrac.

« Le simple particulier, dit-il, l'associé, qui n'est, pour le pharmacien, qu'un bailleur de fonds et ne s'ingère en aucune façon dans l'exploitation de la pharmacie, n'encourt évidemment aucune peine, *mais il n'en est pas ainsi du médecin dans le cas qui nous occupe.* Son rôle comme médecin n'est qu'un accessoire, son principal but, sa principale profession est de vendre des médicaments ; il donne, il est vrai, des consultations, il les annonce gratuites, ainsi que le dit la *Cour de Paris*, comme un appât pour attirer le public, mais au fond, que fait-il ? Il vend des médicaments de concert avec le pharmacien. »

(*Voir dans le même sens, arrêt de la Cour de Cassation du* 23 *juin* 1859, arrêt aux termes duquel : « nul ne peut être propriétaire d'une pharmacie s'il n'est pas pourvu du diplôme. Il ne suffit pas d'avoir un gérant muni de ce diplôme. » *Cass.* 3 *mars* 1862, 8 *avril* 1864, 22 *avril* 1880, décidant « que celui qui n'a pas de diplôme de pharmacien ne peut régulièrement être propriétaire d'une pharmacie, (ni même associé d'un pharmacien), alors même qu'il la ferait gérer par un individu remplissant les conditions légales ; voir encore un arrêt de la *Cour de Cass. du* 13 *août* 1888, réformant un arrêt dissident de la *Cour de Nîmes* du 2 *avril* 1887 ; *C. Paris,* 27 *mars* 1862 ; 19 *février* 1869 ; de *même le Tribunal de commerce de la Seine* a jugé *le* 27 *septembre* 1869 ; *que l'association contractée entre un docteur médecin et un pharmacien pour exploiter en commun une pharmacie ainsi qu'un cabinet de consultation, est contraire aux règles et aux devoirs de la profession des parties ;* même sens, *Cour de Pau,* 8 *mars* 1844). »

Pour nous, l'association est illicite parce qu'elle est immorale.

Bien que le médecin ne puisse, en principe, vendre ou débiter des médicaments, *il a cependant le droit de les faire préparer en sa présence, par un pharmacien de son choix, et de les remettre lui-même à ses malades ; mais si, au lieu de se borner à servir ainsi d'intermédiaire à des malades spécialement déterminés, il n'avait d'autre but que de se procurer un véritable approvisionnement, il se rendrait coupable d'exercice illégal de la pharmacie* (*C. Angers, 26 sept.* 1856 ; *Cassation Ch. réun.,* 4 *mars* 1858 ; *Orléans,* 25 *août* 1862 ; voir *Léchopié et Floquet, Code des médecins, p.* 115.)

Malgré l'opinion générale du corps médical, malgré le blâme énergique infligé bien des fois par les tribunaux à ces sortes d'associations, elles ont lieu trop fréquemment entre pharmaciens et médecins tarés.

La jurisprudence *nous paraît désarmée*, malgré l'opinion exprimée par Dubrac ci-dessus. Elle peut ne pas reconnaître ces conventions et les déclarer nulles, *mais elle ne peut en faire un délit que la loi n'a pas prévu, et appliquer une sanction pénale.*

Ce n'est que dans les procès civils et privés que la nullité de l'association peut avoir des conséquences.

L'association n'est pas protégée par la juridiction civile, car s'il survient des contestations entre pharmaciens et médecins associés, ils auront beau s'adresser aux tribunaux civils pour faire régler leurs différends, les juges se désintéresseront de leurs affaires et les renverront dos à dos.

CONCLUSIONS.

Faisant application de ces principes à l'espèce qui nous est soumise, nous croyons pouvoir conclure que les médecins et pharmaciens de votre arrondissement lésés par l'existence de l'association dudit charlatan diplômé avec ce pharmacien, ne peuvent exercer aucune action (1) contre ceux-ci et obtenir une sanction pénale.

C'est triste à dire, c'est regrettable à constater ! Une réforme à la loi pourrait seule mettre un terme à cet état de choses. Dr FLOQUET.

II

Les médecins vendant des médicaments ne doivent pas être soumis à l'inspection ni à la taxe ; arrêt du Conseil d'Etat.

Le Conseil d'Etat a rendu, le 8 août 1890, l'arrêt suivant :

Le Conseil.....

Considérant que l'article 29 de la loi du 21 germinal an XI soumet à la visite les officines des pharmaciens et les magasins des droguistes, et, qu'aux termes de l'article 27 de la même loi, les médecins et officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y a pas de pharmaciens ayant officine ouverte, peuvent fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils sont appelés, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte ; que, de l'ensemble de ces dispositions, il résulte que la visite prescrite pour les pharmaciens et droguistes ne saurait être imposée aux médecins et officiers de santé qui vendent des médicaments dans les conditions prévues à l'article précité ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction que le sieur Poulet, docteur en médecine, ne tient pas d'officine et qu'il se borne à délivrer des médicaments à ses clients ; qu'ainsi, le requérant ne peut être légalement soumis à la visite imposée aux pharmaciens et droguistes, et que, par suite, il est fondé à demander décharge de la taxe à laquelle il a été assujetti, de ce chef, sur le rôle de la commune de Plancher-les-Mines ;

Il est accordé au sieur Poulet décharge de la taxe, etc.....

Nous faisons suivre l'arrêt qui précède des réflexions suivantes, publiées par Me Bogelot, dans l'*Union pharmaceutique* de novembre 1890 :

Cet arrêt a son importance, en ce qu'il établit nettement que le médecin, officier de santé ou docteur en médecine, qui peut, en conformité de l'article 27 de la loi de germinal, fournir des médicaments à ses malades, s'il n'y a pas de pharmacie ouverte dans sa commune, n'est astreint ni à la visite annuelle des officines, ni à la taxe qui en est la conséquence.

Un arrêt de la Cour de cassation, qui passe pour avoir déjà statué en ce sens, n'a en réalité nullement examiné ce point qui ne lui était point déféré. Il est vrai que le jugement attaqué déclarait que les médecins n'étaient point astreints à la visite, mais le pourvoi ne portait pas sur ce point.

En 1859 (20 septembre), le Conseil d'Etat admettait cependant que ce même médecin, qui ne serait soumis ni à la visite, ni à la taxe, doit cependant être imposé à la taxe pour la vérification des poids et mesures qu'il emploie pour ses manipulations pharmaceutiques.

Les raisons invoquées aujourd'hui par le Conseil d'Etat ne me paraissent pas vraiment suffisantes.

Ce n'est pas parce que les pharmaciens sont commerçants qu'ils sont astreints à la visite ; de même ce n'est pas parce que les médecins ne sont pas commerçants qu'ils doivent en être déchargés, ainsi que de la taxe qui la suit.

J'ai toujours compris, jusqu'à ce jour, que les visites faites dans les officines n'avaient pas un but purement vexatoire ou fiscal, sans autre utilité que de faire rentrer une taxe dans les caisses de l'Etat. A mon sens, la raison d'être de ces visites se trouvait dans l'intérêt supérieur de la santé publique, afin d'assurer la bonne tenue des officines, la qualité des médicaments et leur exacte préparation. C'est pour cela que les Commissions d'hygiène sont autorisées, j'allais dire obligées, de visiter, en outre, les magasins des droguistes, des épiciers, etc., etc.

Et chez le médecin ayant officiellement un dépôt de médicaments, qui en prépare, qui en vend (car il ne les donne pas, j'imagine), aucune visite ne sera faite !

J'ai cependant entendu exprimer parfois certains doutes sur la valeur et l'étendue des connaissances en pharmacie de certains officiers de santé, voire même de docteurs en médecine, qui font si peu de pharmacie à l'Ecole. Et c'est quand ils sont forcément moins rompus à la confection des médicaments que les pharmaciens qui, eux, ont au moins six ans de pratique avant de commencer à exercer, qu'on les dispense de toute visite !

Ce n'est pas parce qu'on dispenserait les médecins de la formalité de la visite et de la taxe que je récrimine ; mais on ne peut s'empêcher de faire la réflexion suivante :

Si la visite et la taxe sont inutiles chez les médecins faisant de la pharmacie, elles sont encore bien plus inutiles chez le pharmacien. Si, au contraire, la santé publique exige qu'on persiste

(1) A moins de prouver que ce médecin agit en véritable pharmacien ; que s'il fait préparer ses pilules par un pharmacien diplômé, il les *vend, débite* et *expédie* en province *en son propre nom*, il y aurait certainement là un acte délictueux. Si c'est au contraire le pharmacien qui prépare, vend, débite lesdites pilules aux clients du médecin, s'il ne fait qu'exécuter les ordonnances de son associé, dans ce cas-là le médecin est couvert, puisqu'il ne s'immisce en rien dans la gestion de l'officine ; c'est un associé ordinaire que la loi pénale ne peut pas atteindre, comme nous l'avons dit plus haut, mais que la juridiction civile peut abandonner à son propre sort.

à faire ces visites, pourquoi ne pas les faire chez les médecins, où elles paraissent bien plus nécessaires.

Qu'on supprime les visites partout ou qu'on y soumette le médecin comme le pharmacien.

(*Répertoire de pharmacie.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure.

Séance mensuelle du 19 mars 1892.

Présidence de M. Porson, président.

Sont présents : MM. Porson, Destez, Patoureau, Guyon, Vince, Crimail, Jouon, Chachereau, Doiain, Blaizot.

Le procès-verbal de la dernière séance (29 janvier), est lu et adopté.

M. Benoît, médecin-dentiste, à Nantes, est admis au nombre des membres du Syndicat.

M. le Président apprend à l'assemblée que le bureau de la Commission départementale de l'Assistance publique est convoqué pour la semaine prochaine. M. le docteur Luneau, secrétaire de cette commission, ayant donné sa démission, son président, M. le docteur Teillais, a chargé M. le docteur Porson de le remplacer et de rédiger un rapport sur la question à l'étude : « De l'assistance médicale et pharmaceutique aux indigents. » M. le Président conclura à l'adoption du système *vosgien* qui, comme on le sait, laisse la liberté au médecin et au malade, et institue le paiement à la visite. Donc, pas de médecins fonctionnaires, comme cela existe, dans le système cantonal. Le difficile sera le faire adopter cette organisation par le Conseil général. On proposera de faire supporter les dépenses par moitié, par le département et les communes. Pour le moment, cette dépense ne pourra pas être imposée aux communes ; mais, si les propositions du député docteur Rey sont adoptées, elle deviendra obligatoire. Dans ce cas, l'État contribuerait pour six millions, somme évidemment un peu faible.

M. le Président donne lecture de la correspondance, qui comprend :

1° Une liste de souscription à l'effet d'élever un monument à la mémoire du regretté docteur Ecorchard. Le Bureau a chargé M. Luneau de faire circuler cette liste, en tête de laquelle se sont inscrits les membres présents.

2° Une invitation à M. le Président à comparaître en justice de Paix, à Nantes, pour donner des renseignements au sujet du fait suivant : Une sage-femme de 1re classe, réclamant à une de ses clientes la somme de trente francs pour honoraires d'un accouchement, se voyait refuser ce paiement, sous le prétexte que le prix demandé était exagéré, *le service de nuit n'accordant que 10 francs*. M. le Président, invité par M. le Juge de Paix à donner son avis, a déclaré que les honoraires réclamés par la sage-femme n'étaient en rien exagérés, surtout pour une accoucheuse de 1re classe, laquelle, en principe, lui semblait même pouvoir demander le prix minimum porté au tarif, soit cinquante francs. M. le Juge de Paix, s'appuyant sur l'avis du Syndicat, exprimé par son président, a fait droit à la demande de la sage-femme.

3° Une lettre d'un confrère signalant un individu qui se livre à l'exercice illégal de la médecine. Les faits articulés ne sont malheureusement pas assez précis pour pouvoir poursuivre.

Depuis la dernière séance, le Tribunal a prononcé deux condamnations au sujet de faits signalés par M. le Président. C'est d'abord la femme Auvrignaud, dont les agissements ont été exposés dans la séance du 30 octobre 1891, qui a été condamnée à sept amendes de 1 fr. pour sept contraventions ; puis, le trop connu sieur Meignan, qui s'est vu infliger deux amendes de 15 fr.

L'affaire de contestation d'honoraires entre les médecins de Blain et un entrepreneur (séance du 7 août 1891) vient d'avoir son dénouement devant le Tribunal de première instance de Rennes. Nos confrères ont *été condamnés* aux dépens, lesquels s'élèvent à une somme assez forte ! ! ! Les pièces du procès ont été communiquées à M. le Président, qui les a remises à notre conseil, Me Gautté, pour savoir s'il n'y aurait pas quelque chose à faire.

C'est le 24 avril que doit se tenir à Paris la 38e Assemblée générale de l'Association des médecins de France. M. le Président et M. Chachereau doivent s'y rendre en qualité de délégués de la Société locale de la Loire-Inférieure. Ils appuieront le projet de création d'une caisse *indemnité-maladie*, dont le sort semble devoir cette année être meilleur, le nouveau Président, le professeur Lannelongue, étant favorable à cette idée, de même que le nouveau rapporteur sur cette question, le docteur Bucquoy.

M. le Président se fait l'écho des protestations à peu près générales qui accueillent de toutes parts le rejet au Sénat, à 1 voix de majorité, de l'art. 14 du projet de loi sur la médecine, lequel, comme on le sait, donnait l'existence légale aux Syndicats. Cependant, il ne faut point désespérer, il sera procédé à une deuxième lecture et il est probable que la faible majorité qui nous met hors du droit commun sera déplacée, surtout, si comme le fait espérer une lettre du docteur Rey, le Gouvernement opère sur ce point un revirement que les partisans des Syndicats médicaux dans les deux Chambres espèrent obtenir.

La séance est levée.

Le Secrétaire des séances,
Dr Blaizot.

REPORTAGE MÉDICAL

Mobilisation des services sanitaires des 4me et 10me corps d'armée, à Rennes, du 20 au 24 juin. — Une expérience fort intéressante a été faite à Rennes la semaine dernière pour étudier la mise en train du réglement sur les services sanitaires en cas de mobilisation. Les médecins de réserve et de territoriale étaient invités à y assister. J'ai eu l'honneur d'être du nombre des assistants, et je tiens à exprimer, au nom de tous, à M. le docteur Reech, directeur du service de santé du 10me corps, toute notre gratitude pour la courtoisie dont il nous a donné maintes preuves et pour la méthode impeccable avec laquelle il nous a mis sous les yeux tout le matériel sanitaire appelé à figurer en cas de guerre.

Conférences claires, manœuvres bien menées, ambulances en marche, postes de secours, exhibition complète de tout l'arsenal chirurgical, formation d'un train sanitaire improvisé avec des wagons de marchandise : tout a été parfait. Et je tiens à dresser, avec tous nos remerciements, nos excu-

ses à MM. les médecins-majors de l'armée active requis, des deux corps d'armée, afin de nous servir d'acteurs, pour l'affabilité avec laquelle ils nous ont tout montré et répondu à nos questions.

Ces expériences se renouvelleront et j'engage nos confrères à ne pas manquer l'occasion d'y assister. Ils se convaincront, de la main et de l'œil, que ces services sanitaires sont bien dirigés et tout prêts : ils n'auront plus ensuite qu'à rentrer en eux-mêmes et à se dire que, le jour venu, il faudra forte provision de sang-froid, de méthode et d'ordre pour utiliser toutes ces ressources.

Nous avons eu le plaisir d'entendre, à plusieurs reprises, des conférences improvisées sur le terrain, par M. le médecin principal *Schindler*, médecin-chef de l'hôpital du *Mans*, le père du pansement individuel. Quelles charmantes causeries, claires, précises et documentées, dites par un Lorrain ou un Alsacien, avec la fougue de Toulouse !

Dédié à Charles Leroy pour ajouter aux mémoires du brave colonel :

« A 500 mètres du feu, un poste de secours, où l'on rapporte les blessés du champ de bataille. Tout est prêt, médecins, pansements et scribes. Arrive en trombe un colonel d'infanterie, qui, nous voyant causer, à distance respectueuse, s'écrie : « On doit observer le silence autour des blessés ! » Remarquez qu'il y avait de l'artillerie et de la ligne. Voyant nos figures un peu effarées de cette remarque funambulesque, ton colonel, ô Charles Leroy, ajouta : « Si vous ne voulez rien *fout*, vous n'avez qu'à vous en aller ! » Mais, ô Charles Leroy, dis donc à ton colonel : « S'crongnieunieu, avons payé « pour être là, mon colonel, et regardons subrepti- « cement avec nos yeux individuels. »

Docteur M. Cellier.

Président du Syndicat des médecins de la Mayenne.

Laval, le 28 juin 1892.

— Le sieur *Rochereau*, qui tenait à Tisac-de-Galgau (Gironde), une pharmacie illégale, vient d'être condamné à une amende de 500 fr., le 28 juin, par le tribunal correctionnel de Libourne.

— *Distinctions honorifiques.* — Nous relevons à l'*Officiel* du 21 juin le nom de M. Edouard Delépine à Pavilly, Membre du Concours Médical, à qui vient d'être décernée une médaille d'argent de deuxième classe.

— La *Société d'agriculture et des arts de Seine-et-Oise* vient d'accorder une médaille d'argent à M. le docteur Boell, à Baugé, membre du Concours Médical, pour son mémoire sur l'hygiène de l'habitation et de ses dépendances en ce qui concerne les petits cultivateurs et les ménages d'ouvriers agricoles.

— *IIe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie.* — Ce Congrès aura lieu à Vienne du 5 au 10 septembre ; nous prions ceux de nos confrères qui désireraient faire partie du congrès d'envoyer leur adhésion et le titre de leur communication le plus tôt possible à M. le Dr Feulard, à Paris, *Hôpital Saint-Louis*, qui se chargera de les transmettre au comité d'organisation.

Service médical à domicile. — L'assistance médicale à domicile va être remaniée à Paris. Le conseil municipal vient en effet d'adopter les conclusions d'un rapport présenté sur cette question par M. Navarre : chaque arrondissement sera désormais sectionné en grandes circonscriptions médicales, desservies par plusieurs médecins, qui n'auront pas à s'occuper des consultations données dans les maisons de secours par d'autres médecins. La nouvelle organisation comportera 168 médecins de quartier et 68 médecins pour les consultations, c'est-à-dire l'adjonction d'environ 50 nouveaux médecins.

— *Une étrange spéculation.* — L'infirmité devient un gagne-pain. On annonce l'arrivée à Paris d'une bande de culs-de-jatte venant d'Espagne.

Ces vingt estropiés sont aux gages d'un entrepreneur qui les a loués à forfait, les exploite, s'empare de leurs recettes, les nourrit et les couche dans une affreuse caravane. Ils sont là, côte à côte comme des animaux, n'osant bouger, et craignant la voix du maître.

(*Gaz. méd. de Liège.*)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3727. — M. le Dr Ollivier, de Juvigny (Marne), membre du syndicat de la Marne.

N° 3728. — M. le Dr Debout-d'Estrées, de Contrexéville (Vosges), présenté par M. le Directeur.

N° 3729. — M. le Dr Gresset, de Paris, présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr O'Neil, de Port-St-Père (Loire-Inférieure), membre du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Viennent de paraître :

1° **Supplément au Guide pratique des Sciences Médicales** publié pour la première fois en 1891 sous la direction scientifique de M. le Dr *Letulle*, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux. — Prix : 5 fr. net, 4 fr. franco pour MM. les membres du Concours médical ».

« On est surpris, disait le *Bulletin général de Thérapeutique*, de voir résumés en quelques lignes dans le *Guide pratique des Sciences médicales* les symptômes, les complications, le diagnostic et le traitement de chaque maladie ; les détails les plus minutieux y ont trouvé place. » Ces mêmes qualités se retrouvent dans le supplément pour 1892, qui traite des maladies des reins et du poumon ; de l'obstétrique, de la chirurgie, avec un chapitre sur la *Pratique des autopsies* au point de vue de la médecine légale.

2° **Guide pratique pour le traitement des maladies de l'oreille**, par le Dr J. Baratoux, professeur d'otologie, de rhinologie et de laryngologie ; ce volume qu'il ne faut pas confondre avec le traité du même auteur, fait partie de la petite encyclopédie médicale. Collection de volumes in-18 raisin, cartonnés à l'anglaise. — Prix : 3 fr.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année N° 29 16 Juillet 1892

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de la mort apparente, à la suite de l'asphyxie par submersion.

M. *Laborde* communique l'histoire de deux sujets en état de mort apparente à la suite de submersion et qu'il a ramenés à la vie par le procédé suivant, jusqu'ici inconnu :

Ce procédé, dit-il, consiste à attirer fortement la langue au dehors en écartant les mâchoires et à faire exécuter à cette langue des mouvements énergiques d'avant en arrière.

L'effet et l'importance de cette manœuvre résident principalement dans l'action puissante que l'excitation de la base de la langue, et surtout sa traction, exercent sur le réflexe respiratoire ; cette traction peut, d'ailleurs, être réalisée d'une façon rythmique, en s'appropriant, en quelque sorte, au rythme de la fonction qu'il s'agit de réveiller.

L'idée de l'emploi de ce procédé, si simple, nous a été suggérée par un souvenir expérimental : lorsque, dans notre laboratoire, nous soinmes en présence d'un état syncopal ou asphyxique accidentel, chez un animal en expérience, notamment à la suite de l'anesthésiation chloroformique ou chloralique, en même temps que nous nous mettons en devoir de faire intervenir l'électrisation (par le passage des courants interrompus de la bouche à l'anus) et la respiration artificielle, notre premier soin est de saisir la langue — non pas seulement, comme cela se fait en chirurgie, pour dégager l'ouverture pharyngo-laryngée — mais pour opérer sur elle des tractions réitérées et rythmées, qui suffisent souvent, à elles seules, pour provoquer le retour de la respiration, après une série de hoquets bruyants, d'abord passifs, c'est-à dire répondant uniquement à la provocation, et devenant bientôt spontanés.

Pour saisir et bien tenir la langue, qui glisse, on le sait, avec grande facilité, dans les conditions accidentelles, imprévues et extemporanées dont il s'agit ici, la préhension avec la main est la seule ressource : le moyen le meilleur et le plus sûr de la réaliser, c'est, en même temps que l'on s'est armé d'une cuiller (si l'on en a une à sa disposition) pour maintenir l'ouverture de la bouche et appuyer sur la base linguale — c'est, dis-je, d'entourer ses doigts d'un mouchoir, afin d'éviter, autant que possible, le glissement et l'échappement de la langue, qu'il ne faut pas craindre de tenir avec force et sur laquelle il faut tirer hardiment.

Tel est le procédé, d'origine expérimentale, nous tenons à le répéter, qui nous a si merveilleusement réussi — que nous n'avons trouvé signalé nulle part — et que, pour ce double motif, et dans un intérêt pratique sur lequel il n'est pas besoin d'insister, nous avons cru devoir recommander à l'attention de nos confrères, sans préjudice, bien entendu, des autres moyens rationnels adjuvants et usuels en pareille occurrence.

En tout cas — et c'est là ma conclusion dernière — il ne faut jamais désespérer, en de telles circonstances, si probable que la mort paraisse.

La chirurgie de la vésicule biliaire.

M. le Dr *Czerny* formule les conclusions suivantes au sujet de l'intervention chirurgicale, dans le cas de lésions de la vésicule biliaire et de lithiase biliaire :

1° Les calculs biliaires réclament une intervention opératoire, du moment qu'ils occasionnent des accidents répétés ou durables ;

2° L'empyème de la vésicule biliaire nécessite toujours une intervention opératoire ; l'hydropisie de la vésicule biliaire n'exige cette intervention qu'autant qu'elle occasionne des accidents ;

3° Dans les cas de cholélithiase l'opération typique consiste dans l'incision, l'évacuation de la

vésicule, l'oblitération par suture de la plaie vésiculaire ; mais il faut, de plus, drainer la cavité abdominale, pendant un court espace de temps ;

4° Quand le canal cystique n'est pas perméable, quand le contenu de cette poche est profondément altéré, il y a lieu d'établir une fistule temporaire ;

5° L'extirpation de la vésicule biliaire est seulement indiquée dans les cas d'inflammation grave ou de dégénérescence carcinomateuse de la vésicule ;

6° Dans les cas d'oblitération du canal cholédoque, l'intervention opératoire est indiquée aussi longtemps que l'état des forces du malade lui laisse des chances de succès. Lorsqu'on ne réussit pas à vaincre l'obstacle (calcul, flexure du canal) au cours de la bile, il est indiqué d'établir une fistule entre la vésicule biliaire et le duodénum ;

7° Le meilleur procédé d'incision, dans les opérations portant sur la vésicule biliaire, consiste à donner à l'incision la forme d'un angle droit dont la branche verticale est dirigée le long de la ligne blanche abdominale, tandis que la branche horizontale sera dirigée de gauche à droite et de dedans en dehors, et partira d'un point situé immédiatement au-dessous de l'ombilic (point qui représente le sommet de l'angle) ;

8° Le danger *quo ad vitam* est, selon toute apparence, sensiblement moindre dans les opérations nécessitées par les calculs biliaires, que dans celles nécessitées par les calculs de la vessie.

De l'influence du costume sur la production du rein flottant chez la femme.

Cruveilhier a déjà remarqué l'influence du corset serré sur la production du rein flottant chez la femme.

M. de *Karanyi* croit que le corset ne joue qu'un rôle secondaire et que les principaux facteurs étiologiques sont le poids des vêtements et la hauteur des talons.

Le centre de gravité de l'homme en station verticale se trouve dans la 2e vertèbre lombaire ; la ligne verticale passera en arrière d'une ligne transversale réunissant les centres des articulations pelviennes.

D'après les expériences de l'auteur, si l'on interpose un talon de 5 centimètres de hauteur, un corps de 150 centimètres de hauteur s'inclinera à 15° en avant.

Pour maintenir l'équilibre, la tête et le thorax se portent en arrière, et le bassin avec les vertèbres lombaires s'inclinent en avant.

D'une part, il résulte d'une série d'expériences, faites sur le vivant, que la partie de la colonne vertébrale qui va de la 2e v. lombaire à la 9e dorsale est presque complètement immobile.

D'autre part, le port des hauts talons fait augmenter la courbure lombaire aux dépens de la partie de la colonne vertébrale qui s'étend de la 2e lombaire au sacrum.

Or les reins sont situés au niveau de ces vertèbres.

Les extrémités inférieures des reins, et surtout du rein droit, situé plus bas, se portent donc en avant.

Sur le cadavre on constate en effet que les extrémités rénales se déplacent et convergent en bas, tandis que normalement ils convergent en haut.

Pour déterminer l'influence des vêtements, l'auteur a cherché les poids du costume féminin des différentes saisons.

Pour les dames des classes cultivées les vêtements d'été pèsent de 1,800 à 3,500 gr. ; les vêtements d'automne de 2,600 à 4,200 ; ceux d'hiver de 4,000 à 6,200.

Pour les femmes du peuple le poids des vêtements atteint de 7 à 7 kil. 1/2.

Sur un cadavre revêtu de vêtements d'un poids

FEUILLETON

Mal entendus !

Sermo datur curatis, animi sapientia paucis !

Il y a deux corporations, qui, de temps immémorial, ont semblé témoigner envers nous une sorte d'hostilité systématique : ce sont les magistrats et les journalistes.

On m'assure que, pour ces derniers, leurs violences de plume ne dépassent pas leur encrier, ou la salle de rédaction, que c'est un besoin pour eux de s'attaquer indifféremment à tout et à tous. Cette sorte de boxe littéraire, qui consiste à donner des coups d'étrivière sans en recevoir, leur serait utile pour détendre leurs nerfs et les mettre en belle humeur. — Leur copie remise, et surtout l'article à sensation, avec un éreintement de première classe, bien rémunéré, ils redeviennent doux, tolérants et équitables comme les autres mortels.

Et puis, comme l'a dit un journaliste lui-même, M. Saint-Hérem, que je tiens à citer :

« Le journalisme est une industrie ouverte à tout le monde. On y rencontre des écrivains honnêtes, on y coudoie aussi des drôles. Chaque profession n'a-t-elle pas ses élus et ses réprouvés ? Le régime de liberté illimitée ouvre carrière, il faut en convenir, aux menées les plus effrontées. En de certaines mains, un journal est une escopette qu'on utilise pour se procurer de l'argent, des fonctions, des décorations. Il suffit d'être ce qu'on nomme une puissance, et on acquiert cette qualification dès qu'on vend trente mille numéros. L'impunité relative assurée à la diffamation permet de faire capituler les banquiers, les ministres, les particuliers influents ; ils paient pour avoir la paix. Qui oserait lutter contre la presse ? Il a fallu un soulèvement véhément du dégoût public pour qu'on se décide à réprimer les écrits pornographiques. Ce soulèvement s'étendra-t-il jusqu'aux diffamateurs ? Nulle réaction ne serait plus nécessaire. Si l'on n'y met ordre, nos mœurs finiront par s'encanailler.»

Ces messieurs se retranchent, pour nous critiquer, derrière l'exemple de Molière, ce qui ne les empêche pas, à la première alerte, dès qu'ils ont la moindre misère, dès qu'ils se sont mordus la langue par exemple, ce qui est fort dangereux, lorsque cet organe est venimeux, de recourir avec empressement à l'homme de l'art, qui se venge en leur donnant des consultations gratuites.

semblable, le ventre ouvert, on constatait le déplacement des reins.

L'auteur conclut que les hauts talons associés à la pesanteur des vêtements attachés à la taille, sont les principaux facteurs étiologiques des reins flottants.

Le corset faiblement serré est même utile, car il contribue à reporter une partie du poids sur la moitié supérieure du corps.

Traitement chirurgical des calculs vésicaux chez les enfants.

M. *Pousson* a entrepris des recherches bibliographiques qui montrent combien pensent différemment de la lithotritie et de la taille chez les jeunes sujets les chirurgiens les plus experts dans la matière, tant à l'étranger que dans notre pays. Les conclusions ci-après résument la communication que vient de faire sur ce sujet à la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, le chirurgien de Bordeaux.

1° L'opinion des chirurgiens des divers pays n'est pas encore fixée sur la valeur comparative de la lithotritie et de la taille dans le traitement des calculs chez les jeunes enfants ;

2° Il semble que leur préférence, surtout en ce qui concerne les chirurgicns de notre pays, les porte du côté de la taille ;

3° Les statistiques très favorables, il est vrai, à la lithotritie, ont peut-être leurs résultats faussés par la diversité des éléments qui ont servi à les établir ;

4° Les dimensions de l'urèthre infantile, encore mal déterminées, sont le plus sérieux obstacle à la généralisation de la lithotritie dans le jeune âge ;

5° La taille hypogastrique qui l'emporte de beaucoup sur les autres tailles chez l'adulte s'impose presque chez l'enfant en raison de la situation de la vessie et des dangers de la blessure des conduits éjaculateurs auxquels exposent la plupart des tailles périnéales ;

6° Le ballonnement rectal n'est pas indispensable ; il peut parfois être gênant sinon dangereux; une simple éponge placée dans l'intestin suffit à soutenir la vessie ;

7° La réunion de la vessie par première intention, après suture de la plaie, est réalisable chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte. Dans ce cas, l'emploi de la sonde à demeure est une mesure sinon indispensable, tout au moins prudente.

Injections sous-cutanées d'eau salée dans la gastro-entérite des petits enfants.

M. P. *Demiéville* publie, dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, l'observation d'un bébé de 4 mois et demi, atteint de gastro-entérite, chez lequel la guérison fut obtenue au moyen d'une injection sous la peau des deux cuisses d'environ 120 à 150 grammes d'une solution stérilisée de chlorure de sodium à 6 %.

Le manuel opératoire est des plus simples : l'auteur s'est servi d'un irrigateur avec tube en caoutchouc d'un mètre et demi et d'une aiguille Dieulafoy, le tout désinfecté par un lavage soigné au sublimé à 1 p. 1000, suivi d'un lavage à l'eau bouillie: la quantité de liquide injectée est proportionnelle au volume des jambes et du poids total du sujet : au besoin, on peut injecter aussi sous la peau du ventre. Avant l'introduction de l'aiguille, il convient de laver soigneusement et de désinfecter la peau. Lors du massage des parties imbibées du liquide, il arrive que le petit malade parfois *in extremis* pousse quelques cris. A part cela, l'opération n'offre rien d'effrayant pour les parents, qui l'acceptent d'ailleurs assez facilement, lorsqu'on fait ressortir à leurs yeux les chances probables de succès, dans une situation désespérée.

L'auteur est d'avis qu'il y a lieu de recourir à ce

— On serait mal noté d'ailleurs, à vouloir se faire payer par eux, puisqu'ils ont trouvé le moyen d'aller et d'entrer partout, sans bourse délier.

Ah ! ils ne font rien pour rien et la moindre phrase laudative, le plus mince compliment, la plus insignifiante réclame, doivent leur être payés à tant la ligne, d'une façon quelconque, en faveurs ou en bonne monnaie trébuchante et ayant cours.

Et ce sont eux qui trouvent ensuite que nous ne sommes pas assez désintéressés, qui nous jettent sans cesse à la tête le mot de philanthropie, — comme si chacun n'avait pas le droit de vivre honorablement de sa profession.

Certes, ils ont raison de crier contre l'exploitation et l'excès dans le lucre ; mais enfin le médecin a des charges comme eux et c'est bien injustement qu'on veut toujours le mettre à contribution.

Il ne viendrait à l'idée de personne de déranger gratis un avocat, un fonctionnaire quelconque et même un simple porte faix. Voyez donc les ouvriers, lorsqu'ils viennent poser un clou ou faire un travail insignifiant, comme ils savent allonger leur note et parler de leur déplacement, à la moindre réclamation. — Mais quand il s'agit du médecin, il semble à la presque unanimité guerroyante des plumes boulevardières, qu'il n'a pas le droit de réclamer un salaire et de vivre de l'autel, comme les prêtres des autres religions philanthropiques. C'est le même scrupule puéril qui a empêché jusqu'ici les médecins et chirurgiens des hôpitaux de donner des leçons de cliniques payées, alors que c'est à la rétribution des professeurs par les élèves que l'Allemagne doit la multiplicité de ses travaux.

Quant aux juges, même les mieux élevés, tout le monde sait que dès qu'ils ont revêtu la toge et coiffé la toque, ils ne craignent pas de fouler aux pieds, suivant une regrettable tradition, les règles les plus élémentaires de la politesse. Le mépris des interrogés fait le principal lustre de notre magistrature interrogeante. Alors ils abusent singulièrement de leur pouvoir discrétionnaire, du haut de leur fauteuil solennel.

Aussi le public, qui n'est pas fâché de prendre quelquefois sa revanche, est toujours ravi lorsque la magistrature est à son tour mise sur la sellette, dans le livre ou au théâtre, comme dans la *famille Pont-Biquet*.

Où on fait dire au principal personnage des énormités comme les suivantes : « Il faut procéder par intimidation pour provoquer des aveux... même auprès des prévenus qui ne sont pas coupables. — Il est bon de se méfier toujours, même

moyen dans la diphthérie, à seule fin de gagner du temps et de permettre à l'organisme de soutenir la lutte contre le principe infectieux.

Septico-pyohémie consécutive à l'otite moyenne suppurée.

A la Société de Chirurgie de Paris, M. *Chauvel* a relevé, sur 1,137 malades atteints d'otite moyenne suppurée, 16 cas d'accidents septiques : méningites, abcès du cerveau, phlébites des sinus, érysipèle, arthrite. Il y eut 5 cas de septico-pyohémie évoluant lentement ; 3 des malades ont guéri et 2 ont succombé.

Le premier cas de mort se rapporte à un jeune homme, atteint d'otite suppurée, qui présenta de la paralysie du bras droit avec gonflement de l'épaule, sans rien du côté du membre inférieur correspondant. Les phénomènes parétiques se dissipèrent assez rapidement, mais le malade fut pris d'accidents typhoïdes au milieu desquels il succomba. Les cellules mastoïdiennes n'étaient pas suppurées, mais il y avait du pus dans l'articulation scapulo-humérale et dans la caisse.

Chez le second malade qui mourut, la température atteignit 39 et 40°2, il y eut du mal de tête, de l'agitation, puis des abcès apparurent et les accidents durèrent de mai à août. On trouva une coxalgie suppurée avec fusées purulentes dans la cavité pelvienne.

Dans un des cas qui guérirent, on trouva des staphylocoques dans le sang et il s'était développé des abcès multiples.

M. *Reclus* a vu survenir, chez une femme de 30 ans, à la suite d'une otite moyenne suppurée, des accidents qui furent pris pour une fièvre typhoïde. Mais des abcès très nombreux se développèrent ensuite et indiquèrent qu'il s'agissait d'une septico-pyohémie qui dura cinq mois et finit par se terminer par la guérison.

M. *Reynier* a eu occasion d'observer des faits analogues. La phlébite du sinus, les abcès du cerveau dépendent d'une propagation directe de l'inflammation ; ce sont des accidents de voisinage. Au contraire, les arthrites indiquent une infection générale ; ces accidents généralisés se voient surtout dans les otites infectieuses comme celle de la grippe, bien qu'on les rencontre aussi dans l'otite chronique.

M. Reynier a fait deux fois l'arthrotomie pour des suppurations de l'articulation du genou et de celles du cou-de-pied consécutives à des otites grippales. La guérison fut obtenue dans ces deux cas, malgré la production, chez une des opérées, de très nombreux abcès sous-cutanés.

La trépanation précoce de l'apophyse mastoïde est très indiquée dans le traitement de ces otites infectieuses ; cette opération entraîne un tarissement rapide de la suppuration, les lavages étant beaucoup plus faciles et l'ouïe se récupère plus facilement et plus complètement.

Dernièrement, M. Reynier a soigné une femme qui avait une otite grippale double. Pensant qu'il y avait, d'un côté, propagation aux cellules mastoïdiennes, il fit la trépanation de l'apophyse. Il ne sortit pas de pus, et, cependant, l'otite se guérit très vite. Du côté opposé, au contraire, la suppuration se prolongea, et l'on dut, finalement, trépaner aussi.

Traitement abortif de l'érysipèle de la face par les pulvérisations éthérées de sublimé.

M. Ch. *Talamon* croit, contrairement à l'assertion émise par M. Guyot, qu'il est possible dans certains cas de s'opposer à la marche envahissante de l'érysipèle. Les pulvérisations éthérées de sublimé ont donné d'excellents résultats chez plusieurs malades et on doit les considérer, quand elles sont bien faites, comme un excellent traitement abortif de l'érysipèle.

On peut résumer ainsi les règles à suivre et les précautions à prendre :

---

quand on vous dit la vérité parce que cela n'est pas naturel. »

Rien n'est plus propre que ces lazzi à mettre en liesse les justiciables français.

De tout temps, il y a eu fort à dire, sur les juges ; Racine ne s'est pas privé de s'amuser à leurs dépens. Dans l'antiquité, les plaisanteries contre les tribunaux et les assemblées de la démocratie athénienne reviennent dans toutes les comédies d'*Aristophane* ; mais il a consacré spécialement à ce sujet sa comédie des Guèpes, dont le principal personnage, *Philokéon*, prototype, du moins à certains égards, du *Perrin Dandin* des *Plaideurs*, appartenait au tribunal des Heliastes, lequel occupait le premier rang après l'aréopage.

Dans ces derniers temps, on a élaboré, dans un but d'humanité, une loi, destinée à réparer, dans la mesure du possible, les conséquences des erreurs judiciaires. On a fini par prendre en compassion les innocents injustement frappés ; on ne peut en parler qu'avec une pitié profonde et rappeler à la modestie les représentants de l'action répressive de l'autorité.

Je n'insiste pas ; le sujet est délicat et je n'ai nullement envie d'accroître les soupçons et les préventions du public contre l'infaillibilité de la justice humaine !

Mais en voyant l'indulgence dont les juges de tout ordre font preuve vis-à-vis des rebouteurs et des guérisseurs non diplômés de tout ordre ; en constatant, d'autre part, que dans les litiges qui leur sont soumis, ils ne perdent jamais une occasion de réduire les honoraires des demandeurs, on peut se demander sans irrévérence, si un sentiment inconscient de mesquine jalousie ne dicte pas leur conduite, s'ils ne considèrent pas le médecin comme ayant une profession beaucoup plus avantageuse que la leur et si ce n'est pas une raison pour eux de faire pencher la fameuse balance de la justice, du côté des paysans madrés ou des commerçants de mauvaise foi, qui crient qu'on les écorche, et usent de tous les moyens pour s'acquitter dans les prix doux.

J'aurais beau jeu, si je voulais parler des expertises médico-légales et des tracasseries de tout ordre, formalités enfantines, paperasseries, qui attendent les praticiens requis par le parquet ou un juge de paix quelconque. Ah ! leur intervention n'est guère prisée et la besogne souvent rebutante qui leur est confiée, ne paraît pas avoir beaucoup d'importance, si on s'en rapporte à la façon dont elle est taxée.

Aussi, comme je comprends la révolte des confrères qui ont refusé de marcher et d'obéir à ces réquisitions, dont la rémunération est vraiment dérisoire.

1° Employer une solution de sublimé dans l'éther à 1 %. ;

2° Se servir d'un pulvérisateur à main, de petit modèle, mais possédant une pression suffisante ;

3° Tenir compte, au point de vue de la durée de chaque pulvérisation, de la force du jet pulvérisé ; la durée doit être moindre, avec l'appareil de Richardson, qu'avec un petit pulvérisateur ordinaire ;

4° Tenir compte aussi de la finesse de la peau du sujet, et tâcher d'apprécier la profondeur de l'infiltration dermique, d'après la résistance de la plaque, sa saillie au-dessus du niveau de la peau saine, l'existence ou l'absence de bulles ;

5° Ne pas craindre la vésication de la peau, la provoquer hardiment en prolongeant la pulvérisation si la plaque est encore peu étendue ;

6° Arroser simplement le centre de la plaque, pulvériser toujours plus longuement et plus largement sur la périphérie et en particulier sur le bourrelet saillant ;

7° Pulvériser systématiquement tout le pourtour de la plaque en empiétant d'un centimètre ou deux sur la peau saine ; à ce niveau, il faut tracer comme une ligne vésicante pour arrêter l'extension de l'érysipèle ;

8° Arroser seulement les paupières supérieures tuméfiées, mais pulvériser plus largement dans l'espace intersourcilier et sur le rebord orbitaire supérieur et externe pour barrer le passage vers le cuir chevelu ;

9° Recouvrir ensuite le visage de compresses boriquées maintenues humides par un renouvellement fréquent ;

10° Une ou deux pulvérisations énergiques suffisent quand elles sont bien faites. Les autres doivent être plus courtes. On doit en tout cas se contenter d'arroser les parties déjà pulvérisées, et insister seulement sur les points de la périphérie où l'érysipèle paraît vouloir franchir la limite tracée ;

11° Sur la nuque, sur le dos, sur le tronc et les membres, les pulvérisations doivent être beaucoup plus longues que sur la face ;

12° Avertir les malades avant de commencer le traitement que les pulvérisations vont produire une cuisson assez douloureuse, mais pas plus douloureuse que la tension du derme par l'infiltration érysipélateuse ; que le visage se gonflera; qu'il se formera des cloques et des croûtes, toutes conséquences d'ailleurs que l'érysipèle peut déterminer et détermine souvent par lui-même ;

13° Ne pas chercher à détacher les croûtes avec les doigts ; les laisser se détacher et tomber d'elles-mêmes sous des applications de compresses boriquées.

Traitement des granulations conjonctivales.

Le Dr *Peretti*, de Saint-Denis-du-Sig (Algérie), résume ainsi son opinion et sa pratique sur le traitement de la conjonctivite granuleuse :

« Après avoir employé contre elle tous les traitements anciens et nouveaux, je m'en tiens, à l'heure actuelle, au suivant, qui me donne des résultats heureux, sans souffrance pour les malades.

Quand il s'agit (ce qui est le cas le plus ordinaire) de *granulations anciennes sur la conjonctive palpébrale*, rouges, fendillées, dures, ressemblant à des bourgeons charnus, je les gratte préalablement et très légèrement avec un bistouri mousse ou un scarificateur. Cette opération, répétée deux ou trois fois à huit jours d'intervalle, n'a pas besoin d'être renouvelée, pourvu que l'on fasse très exactement ce qui suit :

1° Tous les matins on met dans chaque œil quelques gouttes du collyre composé de :

Sous-acétate de plomb liquide...	1 partie
Eau distillée.....................	2 —

2° Tous les soirs, on fait tomber dans chaque

Il aurait semblé logique de tenir compte des réclamations universelles ; au lieu de cela, on a préféré nous faire de nouvelles niches, et, quoiqu'on ait constamment le mot de liberté à la bouche, on a osé inscrire le mot obligation dans un nouveau texte de loi. Pourquoi n'en fait-on pas autant pour les autres corps de métier ? — Cela simplifierait bien les choses et chacun n'aurait plus qu'à se mettre en route à la sommation du premier bureaucrate venu.

Non, tout cela n'est pas équitable ; créez des fonctionnaires à vous, si bon vous semble ; payez-les grassement, avec notre argent, pour qu'ils puissent se consacrer à leur tâche ; mais ne demandez pas à d'honorables pères de famille, qui rentrent fourbus de leurs courses, d'abandonner le coin du feu qui les attend, sans une compensation raisonnable.

Paul Perret, dans un de ses articles, a pris à partie ces messieurs de la robe rouge ou noire : « Magistrats d'une démocratie, dit-il, ils nous parlent, à nous les justiciables, comme faisaient les grands robins de l'ancien régime : « *Fille* une telle, vous êtes appelée comme témoin, *Femme* une telle, que savez-vous ? Et vous ; *sieur* un tel ? » Ces malhonnêtetés traditionnelles les enchantent et font rire le public ; malheureusement cette gaieté engendre le libre examen. Que sont-ils donc, ces juges altiers et d'où viennent-ils ? Un jeune homme de la classe bourgeoise décide qu'il sera juge, comme un jeune homme des classes populaires se détermine à se faire débardeur ou menuisier. Pour ce, le jeune bourgeois s'en va à l'Ecole de droit, devient licencié puis avocat, et, revêtu de ses grades, se propose au choix d'un ministre qui le revêtira de la toge et du bout d'hermine, si les opinions politiques du candidat n'ont point lieu de lui déplaire. Une forte dose d'illusion est nécessaire pour croire qu'une pareille investiture peut éveiller le respect des foules, en un temps et en un pays où l'on a supprimé les dieux et congédié les rois.»

Mais je ne veux pas envenimer encore les choses et j'arrête là mon réquisitoire pour faire appel à la conciliation, pour souhaiter qu'il existe plus de concorde et de sympathie entre deux corporation de citoyens, qui ont si souvent besoin les uns des autres. Il s'agit que chacun y mette de la bonne volonté ; dès lors les froissements deviendront plus rares et les points de contact moins épineux. Puisse le grand Salomon faire tomber quelques rayons de sa sagesse et de sa lucidité sur la presse et sur la magistrature française !

Dr Grellety (de Vichy).

œil, avec un pinceau, un peu du collyre sec formulé ci-après :

Tannin	
Calomel	āā 4 gr.
Iris pulvérisé	

Réduire en poudre impalpable et mêler intimement.

3° En se couchant, on frotte les bords ciliaires accolés avec une pommade composée de :

Vaseline blanche	20 grammes
Bioxyde de mercure	1 —

Gros comme un grain de blé suffit pour chaque œil.

On peut même se passer de scarifier, mais alors le traitement est un peu plus long. Néanmoins, dans l'immense majorité des cas, un mois et demi suffit à la guérison.

Si l'on a affaire à des *ulcérations de la cornée*, on se trouvera très bien de l'emploi du collyre inscrit plus haut n° 2.

Quand le praticien se trouvera en présence d'un pannus opaque ou translucide, *quelque, ancien qu'il soit*, provenant d'une ophthalmie granuleuse complétement guérie ou non, il obtiendra des résultats inespérés par l'emploi journalier du collyre sec n° 2 et de la pommade n° 3.

J'en fais la bienfaisante expérience plusieurs fois par jour. Bien des personnes à peu prés aveugles — *souvent depuis des années* — ont pu, aprés un mois de traitement, voir s'éclaircir les taies de leurs yeux et en arriver, non seulement à se conduire, mais à distinguer nettement les objets et même à lire le journal. »

MÉDECINE PRATIQUE

Les stomatites ulcéreuses septiques et leurs traitements.

L'histoire des stomatites accompagnées d'ulcérations est encore actuellement bien mal connue et bien peu nette pour la plupart des cliniciens. Tout au plus, connaît-on, trois ou quatre variétés de stomatites ulcéreuses et l'on tâche autant que possible de faire rentrer dans le cadre classique toutes les autres variétés non étiquetées que l'on rencontre dans la pratique journalière. Lisez plutôt le traité de Damaschino, où les stomatites sont si parfaitement décrites en apparence et vous verrez si vous pourrez avec cette lecture retrouver toutes les formes que vous aurez sous les yeux dans la clinique. On essaie bien aujourd'hui de masquer le chaos en se servant d'une étiquette générale, *stomatites septiques*, dans lesquelles Bockhardt, de Renzi, Galippe, veulent même faire rentrer les stomatites toxiques (mercurielle, bismuthique, antimoniale, saturnine, boracique). C'est le trompe-l'œil à la mode. Toute affection d'un diagnostic difficile ou d'une étude mal définie, pourvu qu'elle soit accompagnée de fièvre, est une infection septique. Qu'il s'agisse de microbes, de virus, ou d'humeurs peccantes et nocives des siècles précédents, il n'y a sous ce nom d'infection rien de bien clair, de bien étudié. Aujourd'hui, c'est aussi simple qu'autrefois : on désinfecte, on lave, on antiseptise, comme autrefois, on purgeait et on saignait. A quoi bon, faire un diagnostic ? Le traitement est toujours le même. Rien n'est plus vrai pour les stomatites en particulier : pour nombre de médecins, il n'y a qu'un traitement pour les stomatites, le chlorate de potasse intus et extra. Les bactériologistes n'admettent qu'une chose, les lavages antiseptiques au choix. Il n'y a cependant pas besoin d'avoir observé beaucoup de malades pour reconnaitre que s'il y a beaucoup de stomatites, beaucoup ne se ressemblent pas comme aspect clinique et comme pronostic.

La bouche est la cavité naturelle, qui contient le plus de microbes ; on en a classé plus de trente espèces différentes, dont les plus importantes sont : le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque doré, le bâtonnet de Schimmelbusch, le bacille de Loefler, etc. Tous ces ennemis végètent en compagnie du leptothrix buccalis, des mycéliums divers de moisissure, de putréfaction, de muguet, dans les replis de la muqueuse buccale, tout prêts à attaquer le moindre point vulnérable, la moindre excoriation, et souvent même se coalisant pour modifier les milieux à leur profit et au détriment du malade. En présence de tant de germes distincts, on pourrait croire que la bactériologie seule soit capable de donner une classification véritablement spécifique de chaque variété de stomatite septique. Rien n'est moins exact cependant. La variété même des microbes contenus dans la salive et sur la muqueuse empêche d'obtenir des cultures pures et de se prononcer microscopiquement sur la nature de chaque stomatite. C'est donc à la clinique que nous nous adresserons pour essayer une différenciation.

1° Stomatite herpétique.

La plus simple et la plus fréquente des stomatites ulcéreuses, c'est la stomatite herpétique.

Rappelons en quelques mots sa symptomatologie.

On distingue deux formes : 1° *la forme discrète*; 2° *la forme confluente*.

1° *Forme discrète*. On constate au début l'apparition de points rouges disséminés sur la muqueuse et au niveau desquels se développent rapidement des *vésicules*, d'un blanc grisâtre, comme des têtes d'épingles opalines. Leur nombre est peu considérable : on en compte 6 à 10, environ, siégeant à la face interne des lèvres, dans le sinus gingivo-labial de la lèvre supérieure et de l'inférieure, sur la pointe et les bords de la langue, au niveau du frein, sur la voûte palatine. Les vésicules s'entourent en quelques heures d'une auréole rouge, la muqueuse se boursoufle à l'entour, et, au bout d'un ou deux jours, chaque vésicule se rompt et donne lieu à *une ulcération*. Les ulcérations sont arrondies, quelquefois ovalaires. Parfois elles deviennent coalescentes ; leurs bords sont alors irréguliers, et peuvent s'étendre ; toujours ils sont rouges, comme taillés à l'emporte-pièce, et légérement indurés. Leur étendue est généralement peu considérable : souvent, elles ont la largeur d'une tête d'épingle, d'un petit pois ; mais on peut les voir atteindre les dimensions d'une piéce de 20 et même de 50 centimes. Le fond des ulcérations est recouvert par une sorte de fausse membrane grisâtre ou jaunâtre, véritable exsudat pelliculaire que l'on peut enlever par une friction énergique. La muqueuse sous-jacente apparaît alors rouge et souvent saignante. Généralement, au bout de 3 à 4 jours, quelquefois une semaine, la réparation se fait ;

les bords hyperhémiés s'affaissent, le fond se déterge et la cicatrisation est promptement achevée, sans laisser d'autres traces qu'une fugace coloration rouge, puis blanchâtre de l'épithélium. L'éruption buccale s'accompagne souvent d'une éruption herpétique extérieure, soit à la partie externe des lèvres supérieure ou inférieure, soit aux commissures labiales, soit en d'autres points du corps (herpès génital, herpès nasal, auriculaire, ophthalmique).

2° *Forme confluente*. Les vésicules, très rapprochées les unes des autres produisent en se rompant des ulcérations étendues qui envahissent la langue, les lèvres, l'isthme du pharynx, la muqueuse pharyngée même.

Toujours dans ces ulcérations étendues, on remarque que les bords sont festonnés régulièrement et comme formés de fragments de circonférences s'interceptant les unes les autres ; en somme, il en est ici comme des éruptions d'herpès cutanées confluentes, dont un de nos collaborateurs a récemment rappelé la configuration dans un article du *Concours médical* (1). Ces deux formes s'accompagnent de troubles fonctionnels communs à toutes les stomatites et sans intérêt pour le diagnostic spécifique. Ce sont surtout la douleur, qui empêche la mastication chez l'adulte, la succion chez le nouveau-né ; et la salivation parfois très considérable. Les signes généraux sont quelques troubles digestifs d'embarras gastrique et de septicémie intestinale, accompagnés de fièvre et de courbature. Dans certains cas, le diagnostic de ces herpès confluents peut présenter quelque difficulté : nous nous souvenons toujours d'un malade qui, l'année dernière, nous avait consulté pour une petite excoriation préputiale avec engorgement ganglionnaire inguinal unilatéral. Il y avait en même temps chez ce malade un léger état fébrile et quelques vésicules herpétiques aux commissures labiales. Nous diagnostiquâmes : herpès génital et labial. Et en effet, les vésicules se desséchèrent rapidement, en quatre ou cinq jours ; mais presqu'en même temps, survinrent des plaques et des ulcérations dans la bouche, en dedans des lèvres, à la pointe de la langue, sur les amygdales. Malgré l'invraisemblance de l'évolution, nous craignîmes un moment la syphilis ; notre doute dura deux jours, car des lavages autiseptiques et astringents eurent raison de cet herpès buccal et pharyngien comme il était arrivé pour l'herpès génital et labial précédent. Le malade est complètement guéri et n'a jamais eu aucun accident suspect depuis onze mois. Nous signalons ce fait à propos de la confusion possible avec la syphilis secondaire buccale, des éruptions herpétiques bucco-pharyngiennes.

Traitement. — Le traitement de la stomatite herpétique sera à la fois local et général : Localement, des attouchements, des badigeonnages astringents : le borax, l'alun, le tannin, le jus de citron.

On fera des lavages de la bouche avec des solutions antiseptiques, boriquées, naphtolées, chloralées, thymolées.

Quelques purgatifs seront administrés et l'on donnera dans la suite un peu d'arsenic pour combattre la diathèse.

(1) *Concours médical*, n° 21 (1892), page 244.

2° Stomatite aphteuse.

Avec la stomatite herpétique, nous étions encore dans la catégorie des stomatites diathésiques, dont l'origine microbienne n'est pas admise par tout le monde ; avec la stomatite aphteuse, nous entrons en plein dans les stomatites infectieuses (1).

Les auteurs les plus récents tendent à l'admettre. M. le Dr Th. David a publié des faits qui paraissent établir nettement que cette affection est d'origine bovine ; dès 1764, Sagar avait émis l'opinion que le lait est l'agent de transmission. On a noté la coïncidence d'épidémies de stomatite aphteuse avec des épizooties de fièvre aphteuse (ou cocotte). En 1834, trois vétérinaires allemands, ayant bu volontairement du lait, tout fraîchement trait, de vaches atteintes depuis six à huit jours de fièvre aphteuse grave, furent pris les jours suivants de fièvre et d'une éruption aphteuse, sur la surface interne des joues et des lèvres. En faisant bouillir le lait, on se préserverait de la contagion ; mais la crème et les fromages resteraient dangereux et il serait peut-être nécessaire qu'on interdît la vente du lait des vaches atteintes de cocotte, car la fièvre aphteuse, généralement bénigne, peut cependant devenir très grave. M. David a noté sur 27 observations un cas de mort par gangrène de la bouche, deux cas où des aphthes se sont développés dans l'estomac et l'intestin ; enfin, il dit que chaque année un certain nombre d'enfants succombent à cette maladie. M. Hirtz, dans une clinique publiée en novembre 1887, déclare que la maladie n'est contagieuse à aucun titre. Nous avons vu, pourtant, plusieurs fois deux ou trois enfants de la même famille atteints simultanément ou successivement de fièvre aphtheuse, et presque toujours dans ces cas il s'agissait d'enfants couchant ensemble.

Les symptômes locaux sont à peu près les mêmes que ceux de la stomatite herpétique confluente et s'accompagnent de phénomènes généraux, souvent très intenses. Les vésicules aphtheuses s'ulcèrent et forment de larges ulcérations grisâtres, qui tapissent toute la langue en lui donnant un aspect tatoué ; les joues, les gencives, les lèvres dans les sillons labiaux et gingivaux sont parsemées de plaques à bords réguliers, festonnés, formés de segments de circonférences, adhérentes à la muqueuse sous-jacente ulcérée ; la cicatrisation est lente ; de nouveaux aphthes apparaissent à côté des anciens et la durée de la maladie peut être de 2 ou 3 semaines, si les phénomènes généraux graves n'emportent pas les malades.

Traitement. — M. Hirtz, tout en paraissant rejeter l'étiologie microbienne, déclare qu'un seul médicament lui a donné « des résultats surprenants et rapides ; c'est le salicylate de soude (médicament antiseptique cependant). Il amende, dit-il, en quelques heures et fait disparaître la cuisson si douloureuse de la stomatite, véritable torture pour quelques malades. On devra l'employer en solution concentrée, 20 pour 100 au moins ; on badigeonnera la muqueuse buccale et pharyngée, cinq ou six fois par jour principalement après les repas.»

Nous y joignons les toniques à haute dose,

(1) *Concours médical*, 1888, page 139.

quinquina et alcool principalement et les antiseptiques intestinaux : benzo-naphtol, charbon naphtolé, salicylate de magnésie et bétol.

3° Stomatite impétigineuse.

Particulièrement étudiée l'année dernière par M. le Dr Sevestre (1), cette stomatite se caractérise ainsi qu'il suit : elle affecte d'abord, et souvent d'une façon exclusive, la face interne des lèvres, et sur certains points de la muqueuse buccale. Dans ces points elle donne naissance à des plaques blanchâtres d'apparence diphtéroïde qui font corps avec la muqueuse, ou du moins ne peuvent en être séparées sans déchirure, et se transforment ensuite, sur les parties de la lèvre exposées à l'air, en croûtes sanguinolentes. Elle guérit ordinairement en six ou huit jours et ne présente aucune gravité.

Le début a lieu le plus souvent à la lèvre inférieure, à droite ou à gauche de la ligne médiane. Les plaques, d'abord petites, opalines, transparentes, ne se voient qu'à contre jour. Plus tard, elles s'épaississent et font saillie ; elles sont alors grisâtres ou jaunâtres, comme cireuses. Elles sont très adhérentes, on ne peut les détacher de la muqueuse sans la faire saigner. Allongées, elles mesurent de 5 à 6 millim. de long sur 2 de large.

A la lèvre supérieure, elles siègent dans les deux petites saillies qui limitent le lobule médian. A la face interne de la joue, on les trouve dans la région qui avoisine la commissure des lèvres. Sur le voile du palais et la luette, elles sont arrondies ou ovalaires, parfois réunies par leurs bords. Sur la langue, elles sont assez rares ; elles siègent sur les bords, prés de la pointe ; elles sont petites, allongées. Jamais on n'en voit sur le pharynx ou les amygdales.

Leur évolution est très rapide, l'éruption se fait en un seul temps. Au bout de quelques jours on voit les plaques diminuer d'épaisseur et se rétrécir, puis disparaître. A la commissure des lèvres cependant, elles laissent parfois une fissure assez difficile à guérir.

Autour des plaques, la muqueuse est rouge, tuméfiée et saigne facilement ; la langue est saburrale, l'haleine n'est pas fétide. Elles causent très peu de douleurs, sauf quand elles siègent aux commissures. Les ganglions sont peu tuméfiés ; dans certains cas, on observe de la fièvre, mais ce n'est pas habituel.

Cette stomatite se développe surtout chez les enfants débilités, à nutrition défectueuse, ayant des troubles gastro-intestinaux, à l'occasion de la coqueluche, de la rougeole. On l'observe encore chez les enfants ayant du coryza chronique et surtout chez ceux qui ont de l'impétigo ; cette coïncidence paraît fournir une indication importante sur la nature de la maladie.

Le diagnostic n'en est habituellement pas difficile. Elle ne peut être confondue avec les aphtes, le muguet, la gangrène ou la syphilis héréditaire. La stomatite ulcéro-membraneuse s'en distingue par sa localisation toute spéciale et la fétidité de l'haleine. Pour la diphtérie, l'hésitation est possible ; il semble d'ailleurs que les cas observés jusqu'ici par les divers auteurs ont été considérés par eux comme de la diphtérie bénigne. Cependant le diagnostic est possible : la diphtérie buccale s'accompagne ordinairement de lésions de la gorge, elle envahit progressivement, les plaques se détachent assez facilement, tandis que dans la stomatite décrite par M. Sevestre on ne peut les enlever sans effraction.

Pour séparer cette affection de la diphtérie, d'autres raisons sont fournies par l'examen bactériologique.

Dans tous les cas on a rencontré le staphylocoque doré. Dans trois cas il était associé à de rares bacilles dont la nature n'a pu être précisée et qui ne paraissent jouer qu'un rôle accessoire. La plupart des enfants avaient de l'impétigo ; or cette éruption semble provoquée également par le staphylocoque doré ; on peut donc donner à cette affection le nom de stomatite impétigineuse.

Cette relation a été d'ailleurs remarquée par Bergeron, qui a décrit « un impétigo de la muqueuse des lèvres » bien distinct de la diphtérie.

Traitement. — M. Sevestre prescrit contre cette stomatite un régime tonique, du quinquina, de l'alcool et des lavages fréquents de la bouche avec de l'eau chloralée ou naphtolée.

La poudre d'iodoforme saupoudrée sur les ulcérations donne d'excellents et rapides résultats.

(*A suivre*). Dr P. Huguenin.

(1) *Concours médical*, 1891, page 335.

HYGIÈNE

Poussières des rues.

Quelle est l'influence de la poussière des rues sur la santé publique et quel rapport existe-t-il entre la production des maladies contagieuses et la propreté des villes ? Telle se pose aujourd'hui une question du plus haut intérêt.

Il semble tout d'abord que l'enlèvement des immondices suffit à l'hygiène des villes et que le nettoyage des rues ou places publiques n'a que faire dans la question. Les poussières, en effet, n'ont point, jusqu'ici, en dehors des recherches bactériologiques, paru incriminées. Mais si Flügge dans son ouvrage sur les microorganismes (Bruxelles 1877) se montre quelque peu incrédule, Manfredi au contraire, après une étude approfondie, dont la ville de Naples lui a fourni le sujet, nous apporte dans un mémoire fort intéressant le fruit de son observation. Etudiant le rôle que jouent les germes pathogènes dans les immondices des rues, il les considère absolument comme le point de départ d'un certain nombre de foyers épidémiques.

Nulle ville, mieux que Naples, ne pouvait en effet fournir sur cette question un intéressant sujet d'études. Avec son dédale de petites rues étroites et populeuses, se croisant en tous sens, mal pavées par de larges dalles qui ne se joignant pas pour la plupart, concentrent en de larges cloaques boueux l'eau des pluies mélangée de détritus infectes, Naples présente le type de la ville la plus propre au développement des germes nocifs. Un grand nombre de ses maisons recèlent dans les *bassi* ou caves que mieux encore on pourrait appeler basses-fosses, des familles entières qui vivent ainsi pêle-mêle, sans air, sans lumière et dans l'état de la plus profonde misère. Les logements sont malsains et humides, construits en sous-sol et ne contenant ni évier, ni cuisines, ni latrines ; dès lors les malheureux

habitants font de la rue leur domicile le plus ordinaire. A chaque pas, on y rencontre des cuisines en plein vent, dont les odeurs se mêlent à celles des débris et des immondices de toute sorte accumulés sur la voie publique et enlevés trop rarement par les charrettes chargées du nettoiement. Quand il pleut, la ville n'est plus qu'un cloaque infect ; et lorsque le soleil a séché la terre, il suffit du moindre vent pour enlever dans un tourbillon toutes les poussières et tous les germes putréfiés ou saprogènes que l'habitant a laissés accumulés sur le sol. On peut avancer, sans risque d'être contredit, que le peuple de Naples a résolu dans toute sa force le problème du « *tout à la rue* ».

Déjà en 1888 une communication importante avait été faite par Blasius au Congrès d'hygiène de Francfort, et l'année suivante, au Congrès d'hygiène de Paris, MM. du Mesnil et Journet apportaient le concours de leurs propres observations à l'étude de cette nouvelle branche de l'hygiène.

Ainsi Blasius avait trouvé à Francfort, ville propre et saine cependant, de 700 à 900 kilogrammes d'immondices par kilomètre de rue ; cette quantité triplait encore pendant l'été. Les nombreux germes contenus dans ces immondices et desséchés par la chaleur solaire, sont transportés dans l'intérieur des habitations par les vêtements, les chaussures. Là, déposés sous forme de poussière, sur les meubles, sur les aliments eux-mêmes, ils deviennent un danger véritable, surtout s'ils proviennent de crachats de tuberculeux ou d'autres produits engendrés par des maladies contagieuses.

Pour bien déterminer la nature des germes renfermés dans les poussières de Naples, le Dr Manfredi recueillait une certaine quantité de balayures, principalement dans le voisinage des hôpitaux ; il en faisait des cultures dont il inoculait des cobayes et lorsque ces animaux mouraient, il inoculait leur sang à d'autres cobayes.

Grâce à des études suivies et raisonnées, il est arrivé à affirmer qu'un gramme de ces poussières cultivées dans un milieu nutritif approprié, contient de 716.000 à 6 ou 7 millions de colonies.

Dans certaines rues, prises parmi les plus mal tenues, il y en avait jusqu'à 5 milliards par gramme, tandis qu'à Munich, ville très propre, il n'y en a guère que 3 millions par gramme.

Chercher une moyenne entre ces deux chiffres serait un travail peu intéressant, étant donné que chaque ville renferme en même temps des rues malpropres et des rues bien tenues et que la fermentation des immondices varie suivant la température, la saison et le retard apporté dans leur enlèvement ; il est à remarquer aussi que le nombre des colonies varie suivant la date des observations. Ainsi, par exemple, si le premier jour le nombre en est de 765 millions, le second jour, il sera de 3 milliards ; de 5 milliards le cinquième jour, et il ne sera plus que de 900 millions le 10e et même de 350 millions le vingtième.

C'est l'éternelle histoire de la lutte pour la vie : les germes forts auront détruit les germes faibles. « Ceci a mangé cela. »

Par ses travaux de laboratoire, notre savant confrère a été amené à découvrir sur 42 échantillons de poussière, 31 qui étaient infectieux et 11 inertes. Chaque expérience faisait découvrir le staphylococcus aureus, ainsi que le streptococcus pyogènes. Phlegmons, abcès, accidents infectieux, tuberculoses, tels étaient les résultats de ses expérimentations sur les cobayes.

Le Dr Manfredi a donc été amené à reconnaître aux poussières des rues un rôle véritable dans la transmission des maladies épidémiques. Ces poussières chargées de germes, sont déposées sur les lèvres, la bouche, les objets qui nous entourent et ils pénètrent jusque dans les voies respiratoires. Ne sont-ils pas la cause, ignorée jusqu'ici, de plus d'une maladie dont le médecin attribuait le germe à l'eau de boisson ou à tout autre chose ?

Reste encore à savoir si par exemple, la pluie a une influence favorable ou défavorable sur la production et la multiplication de ces microbes. La sécheresse jointe à la chaleur du soleil ne détruit-elle pas un certain nombre de ces germes tandis que la pluie, en les attachant au sol, est peut-être favorable à leur développement et à leur multiplication ? Et alors, l'arrosage répété des rues est-il nuisible ou utile ? Tel est le point de la question qui reste encore à éclaircir.

Après avoir étudié la surface des rues, le Dr Manfredi s'est occupé de la composition de leur sous-sol. La plupart des rues de Naples étant pavées en larges dalles de pierres, mal jointes pour la plupart, le sous-sol qui n'est jamais séché ni par le vent, ni par le soleil, est dans un état constant d'humidité malsaine, augmentée encore par les infiltrations de détritus organiques. Un bon pavage des rues serait donc une réforme de la plus haute importance ; les dalles devraient être cimentées entre elles à l'aide d'un mortier composé, de préférence à tout autre chose, de chaux, de sable et de lave, ce ciment ayant la propriété curieuse de détruire quantité de microbes, sans doute à cause de la chaux qu'il renferme.

Le mode de pavage d'une rue n'est pas, en effet, sans influer considérablement sur le développement plus ou moins grand des germes dangereux renfermés dans les poussières des rues.

Le meilleur est le bitume naturel ; vient ensuite le pavage en pierres sur béton, avec jointements en ciment ; on peut aussi admettre le pavage de bois à la mode anglaise.

Est considéré comme peu hygiénique le macadam avec mélange sablonneux ; enfin est regardé comme tout à fait dangereux au point de vue de la transmission des germes, le dallage en pierres sur lit de sable, surtout lorsqu'il n'est uni que par un mortier sablonneux, ou bien encore le pavage par cailloutis, comme dans un grand nombre de rues à Naples.

Heuser, en effet, a démontré par des chiffres au Congrès de Francfort, que le nombre des micro-organismes contenus dans la poussière des rues varie d'une façon certaine et toujours la même, suivant le mode de pavage.

Le mémoire du Dr Manfredi se termine par une critique sur le mode de balayage des rues en vigueur dans la plupart des villes ; il condamne absolument le balayage à sec qui soulève en masses les poussières qui reposaient sur le sol et que l'air et le vent déposent ensuite dans nos appartements ou sur nos vêtements. Il recommande d'user de l'arrosage en même temps que du balayage et, pour ce fait, il préconise l'emploi de certaines balayeuses mécaniques. Lorsque cela est possible, l'usage de l'eau de mer, qui laisse le sol humide longtemps, aurait un grand avantage sur l'emploi de l'eau ordinaire.

Cette question du balayage a du reste de tout temps occupé l'attention de nos édiles. A Paris, par exemple, les ingénieurs de la voirie font arroser les rues et les boulevards et rejettent dans le ruisseau, à l'aide de balayeuses mécaniques, ces poussières désormais humides et lourdes et par suite inoffensives. Mais dans nos appartements, que convient-il de faire ? Assurément, il serait plus hygiénique de laisser la poussière dans le tapis, que de la faire voltiger avec le balai de chiendent. Mais la propreté commande le balayage ; et l'usage du balai mécanique s'impose ici comme dans la rue.

On a vanté également la destruction des immondices par des fours ; la destruction serait complète, les germes nocifs entièrement détruits, et ce serait le moyen le moins coûteux, les mêmes fours pouvant servir en tous temps et partout, à la désinfection.

En résumé, la question des poussières est loin d'être résolue, malgré les recherches scientifiques établissant son influence épidémique ; mais elle nous semble primer absolument l'hygiène des villes, et nous avons l'espoir que les grandes cités comme les petites, sauront mettre au premier rang la propreté bien comprise et le balayage scientifique de leurs rues et de leurs places publiques.

Ainsi faisant, elles auront travaillé à la santé générale, puisqu'elles auront écarté de leur horizon les germes nocifs ou foyers infectieux.

Docteur Morice
(de Néris).

BULLETIN DES SYNDICATS

La protection de la santé publique.

Dans la séance du 3 décembre 1891, le ministre de l'Intérieur déposait au nom du gouvernement un projet de loi pour la protection de la santé publique.

Absorbés par des questions d'un autre ordre, nous n'avons pu signaler plus tôt ce document à l'attention des lecteurs du *Concours médical* et des membres des Syndicats médicaux. Rien ne pressait d'ailleurs, la discussion n'en devant pas venir immédiatement devant la Chambre.

Mais le moment nous paraît venu de provoquer dans tous les syndicats un examen approfondi d'une question aussi importante. A maintes reprises, nous avons réclamé une réglementation sur la santé publique — il convient de rechercher si le projet en question répond aux nécessités que nous avons signalées. Nous avons aussi la dignité et l'intérêt du médecin à sauvegarder ; il faut voir si le projet n'en fait pas trop bon marché.

Nous publions donc, à titre de document officiel, ce projet de loi, demandant à tous de l'étudier avec la plus scrupuleuse attention.

PROJET DE LOI

Article premier.

Lorsque le mauvais état sanitaire d'une commune nécessite des travaux d'assainissement, ou lorsqu'une commune n'est pas pourvue d'eau potable de bonne qualité en quantité suffisante pour les besoins de ses habitants, le préfet invite le conseil départemental d'hygiène à délibérer sur l'utilité et la nature des travaux jugés nécessaires.

En cas d'avis contraire à l'exécution de ces travaux, le préfet transmet la délibération du conseil au Ministre de l'Intérieur, qui, s'il le juge à propos, soumet la question au comité consultatif d'hygiène publique de France.

Sur l'avis conforme du conseil départemental d'hygiène ou du comité consultatif d'hygiène, le préfet met la commune en demeure de procéder aux travaux.

Si le conseil municipal n'a pris, dans le délai de trois mois à partir de ladite mise en demeure, aucune mesure en vue de l'exécution des travaux, ou s'il est devenu manifeste qu'il se refuse à leur exécution, ces travaux sont ordonnés par le Gouvernement, et la dépense pourra être mise intégralement à la charge de la commune, dans les conditions de la loi du 16 septembre 1807.

Le Conseil général statue dans les conditions prévues par l'article 46 de la loi du 10 août 1871 sur la participation du département aux dépenses des travaux spécifiés ci-dessus.

Art. 2.

Lorsqu'un immeuble, bâti ou non, attenant ou non à la voie publique, est dangereux pour la santé des occupants ou des voisins, le maire invite la commission sanitaire prévue à l'article 13 de la présente loi à délibérer sur l'utilité et la nature des travaux jugés nécessaires.

En cas d'avis contraire à l'exécution de ces travaux, le maire transmet la délibération de la commission au préfet, qui, s'il le juge à propos, soumet la question au conseil départemental d'hygiène.

Sur l'avis conforme de la commission sanitaire ou du conseil départemental d'hygiène, le maire, dans un délai de huit jours à partir de la notification qui lui a été faite de cet avis, met le propriétaire ou l'usufruitier en demeure d'exécuter les travaux.

Un délai, qui ne peut être moindre de deux mois, est accordé pour commencer les travaux. Pendant ce délai, un recours est ouvert au propriétaire ou à l'usufruitier devant le juge de paix du canton de la situation de l'immeuble. Ce recours est suspensif.

Le juge de paix statue dans un délai d'un mois à partir du dépôt de la requête au greffe.

S'il prescrit les travaux, il impartit au requérant un délai pour commencer les travaux. A l'expiration de ce délai, s'il n'y a pas eu commencement d'exécution, le contrevenant est poursuivi devant le tribunal correctionnel, qui autorise le maire, à défaut de l'intéressé, à faire exécuter les travaux d'office et aux frais du propriétaire ou de l'usufruitier, sans préjudice des amendes, restitutions, dommages et intérêts auxquels le contrevenant pourra être condamné conformément aux articles 471, § 15, du Code pénal, et 161 du Code d'instruction criminelle.

La dépense résultant de l'exécution des travaux sera prélevée, par privilège et préférence, sur les revenus de l'immeuble, dans les conditions du paragraphe 5 de l'article 2103 du Code civil.

Le délai de deux mois ci-dessus étant expiré sans qu'il y ait eu commencement d'exécution des travaux, ni recours de la part du propriétaire ou de l'usufruitier, le contrevenant est traduit devant le juge de paix qui, à défaut de l'intéressé, autorise le maire à faire exécuter les travaux d'office aux frais du propriétaire ou de l'usufruitier. En même temps, le juge de paix fait application, s'il y a lieu, au contrevenant, des articles 471 du Code pénal et 161 du Code d'instruction criminelle.

Si l'assainissement d'une maison est déclaré impossible par la commission sanitaire ou le conseil départemental d'hygiène, le maire interdit l'habitation, sauf recours devant le juge de paix, dans les conditions ci-dessus spécifiées.

En cas d'urgence, c'est-à-dire en cas d'épidémie ou d'autre danger imminent pour la santé publique, le préfet peut ordonner l'exécution provisoire de la décision du maire, tous droits réservés.

Art. 3.

Lorsque l'insalubrité est le résultat de causes extérieures et permanentes, ou lorsque les causes d'insalubrité ne peuvent être détruites que par des travaux d'ensemble, la commune peut acquérir, suivant les formes et après l'accomplissement des formalités prescrites par la loi du 3 mai 1841, la totalité des propriétés comprises dans le périmètre des travaux.

Les portions de ces propriétés qui, après l'assainissement opéré, resteraient en dehors des alignements arrêtés pour les nouvelles constructions, pourront être revendues aux enchères publiques, sans que, dans ce cas, les anciens propriétaires ou leurs ayants droits puissent demander l'application des articles 60 et 61 de la loi du 3 mai 1841.

Art. 4.

Aucune habitation ne peut être construite sans un permis du maire constatant que, dans le projet qui lui a été soumis, les conditions de salubrité, prescrites par le règlement sanitaire prévu à l'article 9, ont été observées.

Aucune habitation nouvellement construite ne peut être occupée qu'après autorisation délivrée par le maire, sur le rapport du service sanitaire et constatant que les prescriptions réglementaires ont été observées.

Art. 5.

Lorsqu'un puits, un puisard, un égout, une fosse à purin non étanche, un réservoir naturel ou artificiel, constitue un danger pour la salubrité publique, il est procédé, pour son assainissement ou sa suppression, comme à l'article 2.

Art. 6.

Quiconque, par négligence ou incurie, dégradera des ouvrages publics ou communaux destinés à recevoir ou à conduire des eaux d'alimentation ; quiconque, par négligence ou incurie, laissera introduire des matières excrémentitielles ou toute autre matière susceptible de nuire à la salubrité publique, dans l'eau des sources, des fontaines, des puits, des citernes, des conduites, des aqueducs, des réservoirs d'eau servant à l'alimentation publique, sera puni des peines portées aux articles 479 et 480 du Code pénal.

Tout acte volontaire de même nature sera puni des peines de l'article 257 du Code pénal.

Art. 7.

La déclaration à l'autorité publique de tous cas de maladie endémo-épidémique est obligatoire dans un délai de vingt-quatre heures pour tout docteur, officier de santé ou sage-femme qui en a constaté l'existence ou, à défaut, pour le chef de la famille ou les personnes qui soignent les malades.

La liste de ces maladies est dressée par arrêté du Ministre de l'Intérieur, sur avis conforme de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France.

Art. 8.

La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie ; la revaccination, au cours de la dixième et de la vingt et unième année.

Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure.

Art. 9.

Dans toute commune, le maire est tenu de prendre un arrêté portant règlement sanitaire. Ce règlement comprend les mesures propres à protéger la santé publique, notamment en ce qui concerne la prophylaxie des maladies endémiques et des maladies épidémiques, la salubrité des habitations et des agglomérations.

Ledit règlement est approuvé par le préfet après avis du conseil d'hygiène du département.

Si, dans un délai d'un an à partir de la promulgation de la présente loi, une commune n'a pas de règlement sanitaire, il lui en sera imposé un d'office par un arrêté du préfet, le conseil d'hygiène entendu.

Dans le cas où plusieurs communes auraient fait connaître leur volonté de s'associer, conformément à la loi du 22 mars 1890, pour l'exécution des mesures sanitaires, elles pourront arrêter un même règlement, qui leur sera rendu applicable suivant les formes prévues dans ladite loi.

Art. 10.

Lorsqu'une épidémie, quelles que soient sa nature et son origine, menace le territoire de la République ou s'y développe, et que les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, il est procédé conformément aux paragraphes 2 et 3 de l'article 1er de la loi du 3 mars 1822.

Art. 11.

Le comité consultatif d'hygiène publique de France délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique, l'exercice de la médecine et de la pharmacie ou les eaux minérales, sur lesquelles il est consulté par le Gouvernement.

Il est nécessairement consulté sur les travaux publics, soit d'amenée d'eau d'alimentation, soit d'assainissement.

Art. 12.

Le conseil d'hygiène de chaque département ou les commissions sanitaires doivent être consultés sur les objets énumérés à l'article 9 du décret du 18 décembre 1848, lorsque ces objets ont un intérêt départemental ou communal, sur l'alimentation en eau potable des agglomérations, sur la statistique démographique et la géographie médicale, sur les règlements sanitaires communaux et généralement sur toutes les questions intéressant la santé publique dans les limites de leurs circonscriptions respectives.

Art. 13.

Dans chaque département, le Conseil général, après avis du conseil d'hygiène départemental, délibère, dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 sur l'organisation du service de l'hygiène publique dans le département, notamment sur la subdivision du département en circonscriptions sanitaires pourvues chacune d'une commission sanitaire ; sur la composition, le mode de fonctionnement, la publication des travaux et les dépenses du conseil et des commissions sanitaires ; sur la valeur des jetons de présence et les frais de déplacement.

A défaut de délibération du conseil général sur les objets prévus au paragraphe précédent, ou en cas de suspension de la délibération en exécution de l'article 49 de la loi du 10 août 1871, il pourra être pourvu à la réglementation du service par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

Art. 14.

Les dépenses résultant de la délibération du conseil général ou du décret prévus par l'article 13 sont assimilées aux dépenses classées sous les paragraphes 1 à 4 de l'article 60 de la loi du 10 août 1871.

Art. 15.

Des règlements d'administration publique rendus après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France détermineront :

Le mode de déclaration des maladies épidémiques prescrite par l'article 7 ;

Les mesures nécessitées par l'application de l'article 8 ;

Les modifications qu'il y aurait lieu d'apporter au décret du 8 mars 1887 pour assurer la bienveillance et l'exécution des mesures sanitaires.

Les conditions d'exécution des travaux d'assainissement seront déterminées par un décret rendu en Conseil d'État, chaque fois que le Gouvernement aura à faire usage du paragraphe 2 de l'article 1er.

Art. 16.

Quiconque aura commis une contravention aux

prescriptions de l'article 8 ou de l'article 9, ou aux décisions administratives régulièrement prises en vertu de l'article 2, de l'article 10 ou de l'article 15, sera puni des peines portées aux articles 479 et 480 du Code pénal. En cas de récidive, la peine de l'emprisonnement sera toujours prononcée.

Art. 17.

L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par la présente loi. Il est également applicable aux infractions punies de peines correctionnelles par la loi du 3 mars 1822.

Art. 18.

La loi du 13 avril 1850 est abrogée.

Sont également abrogées les dispositions des lois antérieures en ce qu'elles auraient de contraire à la présente loi.

REPORTAGE MÉDICAL

Récemment a eu lieu la première assemblée de la *Société des médecins inspecteurs* des enfants en bas âge, provoquée par notre confrère le Dr *Toussaint*, d'Argenteuil. M. le Dr *Soupplet*, de Nogent-le-Rotrou a été nommé président, et M. *Delobel*, de Noyon, secrétaire des séances. On a nommé également des délégués des départements et on s'est occupé de *l'Assistance médicale* aux enfants protégés et *malades* ; on a recherché les moyens de leur assurer des soins, rétribués par les parents ou à leur défaut par les départements.

On a adopté les solutions indiquées par notre excellent confrère Sutils :

« Supprimer les visites aux enfants protégés, au delà de 12 mois, doubler la visite mensuelle des six premiers mois, rendre gratuites les visites des enfants malades et établir un tarif pour lequel des fonds spéciaux seraient votés par les départements. »

— *Coxalgie et mariage.* — Dans une intéressante clinique sur la coxalgie, M. de Saint-Germain raconte l'anecdote suivante : Une jeune fille, guérie d'une coxalgie, mais avec ankylose dans l'adduction, vient le consulter pour savoir si elle pouvait se marier ; il émit des doutes sur la possibilité de la copulation ; malgré l'avis du chirurgien, la jeune fille passa outre et le mariage fut célébré. Mais c'est en vain que le mari s'évertua pour lui donner une consécration matérielle : il fut obligé d'y renoncer et demanda le divorce qu'il obtint. *Il l'obtint même en Cour de Rome.*

Quand la coxalgie est guérie avec flexion de la cuisse sur le bassin, la copulation, pratiquée *a posteriori*, a été plusieurs fois suivie de grossesse, et l'accouchement s'est toujours fait sans difficultés.

— *Encore une protestation.* — Cette fois, ce n'est plus un candidat, c'est un juge qui proteste. M. Montaz, professeur à la faculté de Grenoble, et juge au dernier Concours d'agrégation de chirurgie a protesté longuement contre la façon dont les choses se sont passées. Entre autres allégations, nous apprenons que les juges se sont permis de dormir pendant que les candidats lisaient leur composition. A cela on peut répondre que ces pauvres juges ne l'ont peut-être pas fait exprès, que ce n'était pas tout à fait leur faute, et que, puisque M. Montaz ne dormait pas, il eût mieux fait de réveiller ses collègues.

— *Election à l'Académie.* — A la dernière séance, M. Dumontpallier a été élu membre titulaire dans la section de thérapeutique par 46 voix sur 77 votants.

— *Fonds du pari mutuel.* — Sur les fonds du pari mutuel une somme de 700.000 francs va être consacrée à la création à Blanchefaee (Seine-et-Oise) d'un hôpital destiné aux phtisiques de Paris. Cet hôpital contiendra toutes les améliorations reconnues nécessaires au traitement des phtisiques.

— *Les poids pharmaceutiques.* — Pour prévenir, autant que possible, les erreurs résultant de l'emploi des faibles poids en pharmacie, le Conseil supérieur de santé d'Autriche a décidé que les poids de 1 et de 10 centigrammes seraient triangulaires, que ceux de 2 et de 20 centigrammes seraient carrés, et que ceux de 5 et de 50 centigrammes auraient une forme hexagonale. De plus les poids de 1, 2 e 5 centigrammes se différencieront de ceux de 10, 20 et 50 centigrammes par leur couleur, ce qu'on obtiendra par l'emploi de métaux ou d'alliages différents.

C'est une idée simple : elle peut être bonne, et n'a, à coup sûr, aucun inconvénient.

(*Bull. méd.*)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3731. — M. le Dr Fournier, à Vichy (Allier), présenté par M. le Dr Delefosse.

N° 3732. — M. le Dr Palhier, à Monistrol-sur-Loire (Haute-Loire), présenté par M. le Directeur.

N° 3733. — M. le Dr Clément, à Brienne-le-Château (Aube), présenté par M. le Dr Chauvenet.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Vient de paraître :

La Pathogénie de l'Anthrax. Sa destruction par les flèches caustiques au chlorure de zinc, par le Dr A. Bougau. In-8° de 100 pages. — Prix : **3** francs.

L'auteur affirme que l'anthrax est une affection microbienne, spécifique, cavagieuse, due au staphylocoque doré seul ou associé au staphylocoque blanc.

LAURENT (Dr). — **Les maladies des prisonniers.** Etude d'hygiène pénitentiaire. In-8 carré de 130 pages, avec figures. — Prix : **4** francs.

On y trouve, entre autres documents, un tableau très précis et très réaliste de *La vie d'un détenu en cellule*, avec deux dessins de cellules.

CHÉRON (Dr Jules), médecin de Saint-Lazare, docteur ès sciences. — **Le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles.** In-8 de 132 pages, avec figures dans le texte. Prix : **4** francs.

Ce traité complet du drainage, exposé par un praticien habile et expérimenté, enseignera : 1° la technique ; 2° l'action physiologique du drainage de l'utérus ; 3° l'action thérapeutique du drainage utérin ; 4° les applications thérapeutiques du drainage de la cavité utérine.

HORAND (Dr), chirurgien en chef de l'Antiquaille de Lyon. — **Cours de médecine** à l'usage des gardes-malades, des infirmiers et des gens du monde. In-18 de 500 pages. — Prix : **4** francs.

« Pour soigner les malades d'une manière utile, il ne suffit pas d'être animé de bonnes intentions. Il faut encore être instruit et posséder certaines notions de médecine », dit le Dr Horand dans son instruction. Ces notions, tout lecteur les trouvera claires et démonstratives dans le manuel du savant chirurgien en chef de l'Antiquaille de Lyon.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année **N° 30** 23 Juillet 1892

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Dans sa séance du 13 juillet, la Chambre des Députés a discuté la loi sur l'exercice de la médecine, retour du Sénat.

Elle a adopté le texte que lui proposait la Commission, c'est-à-dire le texte du Sénat avec quelques modifications que nous avons indiquées en temps opportun.

Voici, du reste, d'après le compte rendu *in extenso*, les points qui ont fait l'objet d'une courte discussion.

....

M. le président. La commission propose de renvoyer à la commission de l'exercice de la pharmacie l'article 11 du projet de loi voté par le Sénat. Cet article est ainsi conçu :

« Art. 11. — L'exercice simultané de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, avec celle de pharmacien ou d'herboriste, est interdit, même en cas de possession des titres conférant le droit d'exercer ces professions. Cette disposition n'est pas applicable à ceux qui exercent aujourd'hui simultanément ces deux professions.

« Toutefois, sous la condition de se soumettre aux lois et règlements régissant la pharmacie, à l'exception de la patente, tout docteur peut porter des médicaments à ses malades, lorsque ceux-ci demeurent à 4 kilomètres au moins d'une officine de pharmacie. Il peut aussi, mais sans tenir officine ouverte, fournir chez lui des médicaments à ses malades, lorsque sa demeure est à 4 kilomètres au moins d'une officine de pharmacie.

« La délivrance de médicaments doit être accompagnée d'une ordonnance, datée et signée, indiquant leur nature et les doses prescrites. »

M. du Breil, comte de Pontbriand. Je demande la parole.

M. le président. Vous avez la parole.

M. du Breil, comte de Pontbriand. Je ne viens pas du tout m'opposer au renvoi de l'article 11 ; seulement, je me permets de regretter que la commission n'ait pas statué définitivement sur cet article qui laisse des intérêts très graves en suspens et qu'elle soit obligée d'en proposer le renvoi à la commission chargée d'examiner la loi sur l'exercice de la pharmacie.

M. Chevandier, rapporteur. Je me permets de répondre à notre honorable collègue que l'article 11, au cours de la délibération qui a eu lieu l'année dernière, a été renvoyé à la commission chargée d'examiner le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie. C'est là un précédent, que je dois rappeler à la Chambre.

D'un autre côté, le Sénat a repris l'article 11 parce que nous avions retenu le paragraphe 1er de cet article. Nous avions eu tort, car à lui seul ce paragraphe aurait en effet interdit d'une manière absolue l'exercice simultané des deux professions. Le Sénat a donc eu raison de ne pas le laisser isolé, et il a repris alors tout le reste de l'article que nous avions déjà renvoyé.

Mais la rédaction du Sénat, dont vous venez d'entendre la lecture, donnée par M. le président, modifiant profondément les paragraphes renvoyés à la commission chargée de l'examen de la loi sur la pharmacie, a été l'occasion de protestations nombreuses de la part des pharmaciens et, dans ces conditions, nous avons pensé que rien n'était plus sage que de revenir à la résolution que nous avons prise l'année dernière ; par respect pour cette résolution, je convie la Chambre à vouloir bien réserver l'article 11 pour la loi sur l'exercice de la pharmacie.

J'ajoute qu'en somme cet article 11 ne fait que remplacer l'article 27 de la loi de germinal an XI sur l'exercice de la pharmacie ; c'est donc dans cette loi qu'est sa véritable place. De cette façon, tous les droits sont réservés. (*Très bien ! très bien !*)

M. le président. La commission propose de renvoyer l'article 11 à la commission chargée d'étudier la loi sur l'exercice de la pharmacie.

M. du Breil, comte de Pontbriand. Mais la question restera entière ?

M. le président. Parfaitement !

Je mets aux voix le renvoi proposé par la commission.

(Le renvoi est prononcé.)

....

M. le président. « Art. 24 (devenu 23). Toute infraction aux prescriptions de l'article 11 est puni d'une amende de 100 à 500 fr. et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1,000 fr. et d'un emprisonnement de six jours à trois mois, ou de l'une de ces deux peines seulement. »

La commission demande la suppression de l'article 24 du projet voté par le Sénat.

M. le rapporteur. Il est corrélatif de l'article 11, qui a été supprimé.

M. le président. Il n'y a pas d'opposition ?...

L'article est supprimé.

. . . .

« Article 33 (devenu 31). — Les élèves qui, au moment de l'application de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé pourront continuer leurs études médicales et obtenir le diplôme d'officier de santé. »

M. de Montéty. Je demande la parole.

M. le président. Vous avez la parole.

M. de Montéty. Messieurs, je n'ai qu'un mot à dire et une question à poser à M. le commissaire du Gouvernement.

Par l'article 30 que vient de voter la Chambre, il est décidé qu'un règlement, délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique, déterminera les conditions dans lesquelles l'officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine.

L'article 31, sur lequel vous êtes appelés à vous prononcer maintenant, stipule, avec raison, que la loi n'aura pas d'effet rétroactif et que les jeunes gens qui, lors de l'application de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé pourront continuer leurs études médicales et obtenir le diplôme d'officier de santé.

Mais, entre les deux catégories dont je viens de parler, s'en place une autre assez nombreuse, fort intéressante, sur laquelle j'appelle la bienveillante attention de la Chambre et du Gouvernement : c'est la catégorie des jeunes gens qui avaient commencé leurs études en vue de l'officiat et qui avaient pris un certain nombre d'inscriptions, mais qui, sachant que le projet de loi supprimait d'une manière complète le grade d'officier de santé, pour ne plus conserver à l'avenir qu'un seul ordre de médecins, les docteurs en médecine, se sont empressés de travailler pour obtenir les deux diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences nécessaires pour entreprendre les études du doctorat en médecine.

Ces jeunes gens, si nous laissions subsister les règles existantes et le décret du 20 juin 1878, seraient obligés de continuer leurs études jusqu'à la fin pour se faire nommer officiers de santé et ne pourraient pas obtenir d'ores et déjà l'échange de leurs inscriptions d'officiat en inscriptions de doctorat. Cela, messieurs, ne serait ni juste ni équitable, puisque, d'une part, on doit les féliciter d'être allés au-devant des désirs du législateur, et que, d'autre part, il semble impossible de les contraindre à se contenter d'un titre déprécié par la loi elle-même, sous peine d'avoir à recommencer leurs études.

Je demande à M. le commissaire du Gouvernement de nous donner l'assurance que, dès que la loi que nous discutons sera votée, le décret de 1878 sera rapporté et qu'on autorisera l'échange des inscriptions d'officiat en inscriptions de doctorat pour tous les jeunes gens qui le demanderont, à la seule charge par eux de justifier qu'ils possèdent les diplômes exigés et de subir l'examen probatoire correspondant à l'état d'avancement de leur instruction professionnelle. (*Très bien ! très bien !*)

M. Alfred Letellier. Je m'associe aux observations de mon honorable collègue M. de Montéty.

M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, commissaire du Gouvernement. Le Gouvernement est absolument d'accord avec l'honorable député qui descend de la tribune.

Jusqu'à présent, il était tenu par le décret du 20 juin 1878, qui l'empêchait de mettre à exécution la proposition qui vient d'être faite. Mais le comité consultatif de l'enseignement supérieur, à l'unanimité, les représentants du ministère de l'instruction publique étant présents, a décidé que la conversion des inscriptions se ferait de droit, aussitôt après la promulgation de la loi. Par conséquent, nous sommes tous d'accord. (*Très bien ! très bien !*)

M. le rapporteur. Y compris la commission.

M. de Montéty. Je remercie la commission et M. le commissaire du Gouvernement de leurs déclarations.

M. le président. Je mets aux voix l'article 33, devenu 31.

(Cet article, mis aux voix, est adopté.)

. . . .

« Art. 36 (devenu 34). — La présente loi ne sera exécutoire qu'un an après sa promulgation. » — (Adopté.)

« Art. 37 (devenu 35). — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'application de la présente loi à l'Algérie et aux colonies, et fixeront les dispositions transitoires ou spéciales qu'il sera nécessaire d'édicter ou de maintenir.

« Un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les épreuves qu'auront à subir pour obtenir le titre de docteur les jeunes gens des colonies françaises ayant suivi les cours d'une école de médecine existant dans une colonie. »

M. le Président. M. Letellier a la parole.

M. Alfred Letellier. Je n'ai que de très courtes observations à présenter au sujet de l'article 35, qui prévoit l'application de la présente loi à l'Algérie et aux colonies. J'ai soumis à ce propos un certain nombre d'observations à M. le commissaire du Gouvernement, et je demande, d'une façon toute particulière, au Gouvernement de vouloir bien prendre les informations nécessaires pour que la loi puisse être appliquée à l'Algérie ; il ne suffit pas en effet de déclarer qu'elle lui sera applicable.

M. le commissaire du Gouvernement sera certainement chargé de préparer le projet de règlement d'administration publique ; je lui demande de consulter notamment l'école de médecine d'Alger, qui a une compétence particulière et qui pourra fournir au Gouvernement les renseignements dont il aura besoin pour assurer une application sérieuse de cette loi.

M. le commissaire du Gouvernement. Messieurs, le Gouvernement sait que les conditions de l'exercice de la médecine en Algérie et aux colonies sont très différentes de ce qu'elles sont en France. Aussi a-t-il pensé qu'il y avait lieu de recourir à des règlements spéciaux.

Ces règlements ne seront pas édictés sans avoir pris l'avis de l'école de médecine d'Alger, celui du gouverneur général de l'Algérie et de toutes les autorités compétentes. (*Très bien ! très bien !*)

M. le Président. Je mets aux voix l'article 37 (devenu 35).

(Cet article est adopté.)

. . . .

« Art. 38 (devenu 36). — Sont et demeurent abrogées, à partir du moment où la présente loi sera exécutoire, les dispositions de la loi du 19 ventôse an XI et généralement toutes les dispositions de lois et règlements contraires à la présente loi ». — (Adopté.)

(L'ensemble du projet de loi est ensuite mis aux voix et adopté.)

LA SEMAINE MÉDICALE

Le choléra de 1892.

Avons-nous le choléra cette année ? Ou l'aurons-nous ? Telle est la question qu'on entend de tous côtés à Paris et dans la banlieue. Les journaux ont reçu le moins de détails possibles sur les cas qui ont pu se produire jusqu'ici, soit dans la banlieue, soit à Paris même, afin d'éviter une publicité qui pourrait jeter la terreur parmi la population ; car le point capital est de rassurer le

monde toujours prêt à redouter le choléra beaucoup plus que d'autres ennemis bien plus dangereux, qui ne quittent jamais les villes et qui font bien plus de victimes ; nous n'en voulons comme preuve que ce fragment de statistique donné par le *Progrès Médical* pour les 3 derniers mois : *Décès par fièvre typhoïde, diphthérie, diarrhée cholériforme chez des sujets au-dessous de 5 ans* :

	FIÈVRE typhoïde	DIPHTÉRIE	DIARRHÉE
Avril	31	113	16
Mai	47	146	34
Juin	64	100	38
TOTAUX	142	359	88

Pour le mois de juillet, les chiffres seront certainement plus forts, mais ils seront toujours bien minimes ; qu'est-ce que 50 ou 60 décès pour un mois sur une population de 2 millions d'habitants ! Quoi qu'il en soit, il est certain qu'on ne saurait s'y prendre trop tôt pour mettre en vigueur des mesures sérieuses, appliquées, dans toute leur étendue, avec rigueur. L'administration s'y décide heureusement ; mais il est important qu'elle ne s'arrête pas à des demi-mesures trompeuses.

Le choléra est à Paris et dans la banlieue, comme tous les ans, sous forme de cas isolés, bien et dûment constatés comme choléras sporadiques anatomo-pathologiquement et bactériologiquement (hôpital de Saint-Denis). Il y en a des cas dans plusieurs hôpitaux de Paris, et l'administration va les réunir incessamment dans un hôpital spécial aux fortifications. Actuellement, ce ne sont que des cas isolés, absolument comme il arrive chaque jour pour la variole, la diphthérie, la fièvre typhoïde. On peut même dire qu'il y a quelques petites épidémies de maisons, comme pour toutes les maladies infectieuses. Mais il n'y a pas encore d'épidémie de choléra générale. L'épidémie peut être évitée, conjurée à force de précautions ; il faut donc y penser et s'en préserver, tout comme si elle existait. Pour le moment, le foyer est en Russie, dans les provinces du Caucase et du Volga. A Bakou les victimes sont nombreuses ; et si l'on n'y prend garde, dès maintenant, la propagation se fera vite par les chemins de fer vers l'ouest de l'Europe.

La marche de l'épidémie serait la suivante, d'après la *Revue de Clinique et de Thérapeutique* :

Elle suit l'ancienne route des épidémies. On estime, paraît-il, que le chemin de fer transcaspien n'est pas innocent de sa rapide propagation. Quelle est son origine ? Le Kashmir où, importé par une caravane venant de Gilgit, il ravagea Srinagar, ville de 120,000 habitants, où au 25 mai on a compté 150 décès par jour et pendant ce mois 8,000 cas et 5.000 décès. En 1888, il y avait déjà fait 100,000 victimes. Les conditions sanitaires de cette ville sont déplorables ; point d'égouts, mauvaise eau. Les efforts du commissaire anglais ont consisté à hospitaliser les pauvres et à visiter chaque immeuble.

Au milieu de mai, on le signalait à Tubeti-Sheikh-Djami, localité de la frontière afghano-persane ; puis, comme nous l'avons annoncé, à Meshed, sur la route d'Askabad à Kandahar et Hérat.

Au commencement de juin, propagation à Askabad sur la frontière russo-persane, d'où il s'est étendu à l'est et à l'ouest avec une grande rapidité, le long du chemin de fer transcaspien.

Des navires l'ont transporté à travers la mer Caspienne à Bakou, tête de ligne du chemin de fer transcaucasien où, depuis le 22 juin, on enregistre 75 à 80 décès par jour, soit dans la ville, soit dans ses faubourgs.

Malgré l'établissement d'une station sanitaire en deçà de Bakou, l'épidémie fit son apparition à Tiflis, à mi-chemin de Bakou, sur la mer Caspienne, et de Batoum, sur la mer Noire, se propageant rapidement dans trois directions : au sud, par Elisabethpol, Erivan, Schamachi et Skaska vers la Turquie d'Asie ; à l'ouest vers Tiflis, le long du chemin de fer transcaspien ; au nord, le long des rives du Volga, à Tzlntzin, Saratow, la province de Samara et on annonce un foyer à Kostorwa au centre de l'empire russe, menaçant déjà Moscou.

Un fait paraît donc établi : c'est que les deux premières lignes de stations sanitaires établies par le gouvernement russe : l'une au terminus occidental du chemin de fer transcaspien, l'autre au terminus oriental du chemin de fer transcaucasien, ont été forcées. Il faut ajouter que la surveillance sanitaire présente les difficultés les plus grandes dans ces contrées.

Dans le Turkestan il existerait d'autres foyers ; c'est ainsi que l'on annonce la contamination de Bagdad et de la Mésopotamie.

Inutile d'énumérer les mesures quarantainaires édictées par les diverses puissances. Elles se répètent d'une épidémie à l'autre ; seulement on sait quelle valeur il faut leur attribuer dans les pays d'Orient et notamment en Turquie.

En résumé, le choléra qui sévit actuellement à Paris provient de germes toujours en circulation à cette époque dans la capitale ; détruisons-le au fur et à mesure de son apparition, pour rester sur la défensive et ne laisser aucun point faible à l'invasion menaçante d'une grande épidémie. Rappelons à ce propos que l'eau potable d'une part et les déjections des individus malades d'autre part sont les deux questions primordiales de la prophylaxie du choléra.

Emploi du suc d'orties contre les hémorrhagies et les affections cutanées dans la médecine des campagnes.

Un de nos correspondants et assidu lecteur, le Dr *Dubar*, *d'Armentières*, nous communique les résultats remarquables qu'il a obtenus dans les diverses hémorrhagies par l'emploi du suc de l'ortie brûlante, *urtica urens*, pratique déjà conseillée par Chomel. Contre les hémoptysies, il prescrit le suc frais d'orties par cuillerées à soupe d'heure en heure. Les épistaxis, les hémorrhagies intestinales, les métrorrhagies seraient rapidement arrêtées par la même méthode, extrêmement simple. Certaines maladies de la peau, d'après Bouchardat, sont aussi heureusement enrayées

par le suc d'orties à l'intérieur : tels, l'herpès, l'eczéma, l'acné, les éphélides.

Ce traitement fort commode peut être essayé à la campagne lorsqu'on ne possède pas sous la main de médicaments bien complexes. Tout le monde est à même de s'en servir à bon marché.

Traitement de la blennorrhagie par les injections de permanganate de potasse.

M. le professeur *A. Reverdin*, après essais avec des solutions antiseptiques diverses, s'est arrêté définitivement à l'emploi, non pas d'injections, mais de véritables irrigations du canal avec une solution de permanganate de potasse variable, mais de un à cinq millièmes en général. Chaque malade a sa sonde, sonde anglaise et très bien fabriquée. Un récipient en verre placé à une certaine hauteur renferme la solution.

Le malade étant debout, on fait passer sa verge à travers une large feuille de mackintosh, de façon à préserver son linge et ses vêtements de toute éclaboussure, puis on le fait pisser, on lave le canal avec quelques seringues de la solution ; on enfile alors la sonde, *non graissée*, pendant que, la sonde étant mise en communication avec le récipient par un tube de caoutchouc, le liquide coule à son extrémité. Ce liquide écarte les parois du canal et facilite l'entrée de la sonde.

On fait passer ainsi environ un litre et demi de solution à 45 degrés, une à deux fois par jour seulement. La sonde restant dans l'urèthre antérieur, il est très rare que le liquide pénètre dans la vessie, et cela, du reste, a peu d'inconvénients.

Le traitement est continué ainsi pendant quinze jours environ.

M. Reverdin affirme que l'amélioration est rapide, qu'après deux ou trois lavages le malade ne coule plus.

Il n'a jamais observé d'orchite chez les malades ainsi traités. (*Revue médicale de la Suisse romande*, juin 1892.)

Anesthésie locale par infiltration.

M. *Schleich* (de Berlin). — L'anesthésie locale par l'éther a ses inconvénients bien connus. D'autre part, les injections de cocaïne sont dangereuses, même avec des doses ne dépassant pas 0 gr.05 centigr. Ces injections sont beaucoup plus efficaces lorsqu'elles sont faites dans l'épaisseur même de la peau que lorsqu'elles sont pratiquées dans le tissu sous-cutané. Par des expériences sur moi-même et sur d'autres personnes, j'ai cherché à déterminer quelle est la plus faible solution de cocaïne capable de produire un effet anesthésique en injections intra-dermiques. Or, j'ai trouvé qu'une solution au 1/5000e donnait encore une anesthésie locale suffisante. Finalement, j'ai essayé l'eau distillée et j'ai obtenu également l'anesthésie, mais l'injection elle-même est douloureuse. Par contre, une solution de 0,2 0/0 de chlorure de sodium produit une anesthésie locale sans que l'injection ait l'inconvénient que nous venons de signaler. J'ai eu ensuite l'idée de combiner les solutions de cocaïne et de chlorure de sodium. Or, j'ai trouvé qu'une solution de cocaïne au 1/10000e était encore capable de produire l'anesthésie locale, lorsque la cocaïne était dissoute dans une solution de 0,2 0/0 de chlorure de sodium. Avec des solutions aussi faibles, l'anesthésie locale par la cocaïne est absolument dépourvue de danger, et, comme il devient possible d'injecter une assez grande quantité de la solution et d'insensibiliser ainsi une grande étendue de tissus, je suis d'avis que l'anesthésie par infiltration doit être employée d'une façon générale, au lieu des anesthésiques généraux dont l'usage, en raison de leurs dangers, doit être restreint le plus possible.

Un nouveau signe de présentation du siège.

Ce nouveau signe, indiqué par M. le docteur *Pinard*, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris, et dont un de ses élèves, M. le docteur G. Maurice, vient de faire le sujet de sa thèse inaugurale, consiste en une douleur vive provoquée par la pression de la main sur le fond de l'utérus. Cette douleur se perçoit ordinairement au point et au moment où l'on produit le ballottement céphalique, mais elle peut aussi être spontanée. Lorsqu'on l'a constatée chez une femme ayant dépassé le sixième mois de la grossesse, on peut presque affirmer qu'il s'agit d'une présentation du siège.

La douleur en question est due à la présence, au fond de la matrice, de la tête fœtale qui produit une distension irrégulière du segment supérieur de l'utérus. Elle pourra donc être très légère ou même manquer complètement dans les cas où la tension des parois utérines, étant considérable, comme cela arrive lorsque le liquide amniotique est en abondance, la tête ne se trouve en contact avec le fond de l'utérus que sur une surface très peu étendue. On comprend donc que la douleur révélatrice de la présentation du siège ne soit pas un phénomène absolument constant. Cependant, c'est un signe d'une réelle valeur, puisque, d'après M. Maurice, on le rencontrerait dans les trois quarts des cas.

Le traitement de la douleur dont il s'agit ici consiste à pratiquer la version par manœuvres externes, qui dissipe immédiatement tous les phénomènes douloureux.

Dans les cas où cette version se montre impraticable, on recommandera à la malade de prendre patience en lui assurant que ses douleurs disparaîtront après l'accouchement.

Contribution au traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés.

Tout le monde admet, croyons-nous, que le traitement classique de l'ophthalmie des nouveau-nés par l'application, sur les paupières renversées, d'une solution forte (3 à 4 0/0) de nitrate d'argent ne laisse rien à désirer au point de vue de la substance employée, véritable spécifique de l'inflammation blennorrhagique, mais qu'il présente un inconvénient, celui de ne pas permettre d'atteindre avec le pinceau imbibé de la solution médicamenteuse les culs-de-sac palpébraux, surtout le supérieur, ainsi que la conjonctive bulbaire. Voilà pourquoi, dans certains cas d'ophthalmie blennorhagique, on ne réussit pas à éviter des lésions parfois graves de la cornée, et cela malgré un traitement énergique, institué dès le début de l'affection.

Or, un ophthalmologiste de Nîmes, M. le docteur *Galtier*, a imaginé un moyen de remédier à cet inconvénient sérieux, moyen qui nous paraît très pratique et que notre confrère emploie avec succès depuis plusieurs années, surtout dans ces cas d'ophthalmie des nouveau-nés où l'on a affaire à un œil profond à paupières extrêmement

petites et par conséquent difficiles à renverser.

Voici en quoi consiste le procédé de M. Galtier :

Le malade étant placé dans une position déclivo, on cocaïnise l'œil, on étanche le pus avec du coton hydrophile et on introduit sous la paupière inférieure un tuteur métallique formé par une mince calotte de nickel ayant la convexité de la cornée. On applique la face concave de la calotte sur la cornée et on confie le tuteur à un aide qui doit le tenir bien immobilisé. Puis, avec le petit crochet à strabisme (ou un autre instrument analogue) tenu de la main gauche, on soulève légèrement le bord de la paupière, on glisse entre celle-ci et le globe de l'œil un pinceau plat trempé dans la solution de nitrate d'argent et on balaie, par des mouvements de latéralité, toute la muqueuse de la paupière, de son cul-de-sac et de la partie inférieure du globe oculaire. On neutralise par un second pinceau avec l'eau salée et on retire le tuteur. Le même procédé est ensuite appliqué à la paupière supérieure.

Il faut toujours commencer par la paupière inférieure afin que l'eau salée ne tombe pas dans le cul-de-sac inférieur avant que celui-ci ne soit pansé ; ce qui entraverait l'action du nitrate d'argent.

Deux pansements par jour, espacés autant que possible de douze heures, sont nécessaires. Dans l'intervalle on pratique des lotions et des irrigations antiseptiques de l'œil.

Il est bon d'avoir à sa disposition plusieurs tuteurs de formes diverses, et de choisir, pour chaque cas, celui d'entre eux dont la circonférence dépasse un peu le limbe scléro-cornéen.

Les effets obtenus par ce mode de traitement, chez les malades de M. Galtier, ont été aussi rapides que complets.

(*Semaine médicale.*)

Les traitements de la pelade.

En ce moment, on s'occupe de nouveau du traitement de la pelade, affection qui, on le sait, a déjà épuisé toutes les ressources de la thérapeutique ancienne et moderne, et dont on n'est pas encore arrivé à formuler le traitement véritablement spécifique. Il est bien entendu que nous ne parlons ici que des pelades parasitaires et non des trophonévroses du genre de celle que M. Feulard présentait dernièrement à la Société de Dermatologie, accompagnée de vitiligo.

M. le Dr *Tison* préconise les badigeonnages tous les 3 ou 4 jours ou plus rarement, avec le collodion iodé. Il a même obtenu de beaux résultats par cette méthode.

M. le Dr *Morel-Lavallée* emploie depuis 2 ou 3 ans une autre méthode :

Voici sa manière de procéder : après lavage antiseptique de la région, les plaques peladiques sont scarifiées d'une façon très légère et superficielle, puis il applique sur cette surface une couche de pommade qui doit rester au moins 1 à 2 heures, et peut rester 24 heures. Cette opération est répétée tous les 8 jours au moins, ou tous les 5 jours au plus. L'auteur n'a, jusqu'ici, pratiqué aucune épilation périphérique ou autre.

Les diverses substances antiseptiques ou irritantes essayées par lui n'ont pas encore suffisamment fait leurs preuves pour qu'il croie pouvoir aujourd'hui donner une ou même des formules à préconiser de préférence. Mais il a cru qu'il y avait lieu de présenter cette note autant pour prendre date que pour permettre aux dermatologues qui voudraient en faire l'essai d'expérimenter dès à présent sa méthode. Les scarifications avaient été employées contre la pelade ; mais l'auteur n'en fait ici qu'un moyen adjuvant qui permette de faire plus facilement pénétrer dans la peau du cuir chevelu les substances médicamenteuses.

Les substances pharmaceutiques employées en pommades par l'auteur se composaient de sublimé, d'acide phénique, de chlorate de potasse, de soufre, mélangés au noir de fumée. Mais l'auteur n'a pas indiqué leurs combinaisons ni les doses auxquelles il s'est arrêté.

M. le Dr *Paul Raymond* insiste notamment sur le procédé de M. Moty : injections interstitielles de bichlorure de mercure ; sur le procédé de M. Busquet : frictions avec la teinture de cannelle ; et sur un procédé personnel qui a pour base l'emploi de substances antiseptiques et excitantes. Le procédé Moty présente des inconvénients qui ne compensent pas ses avantages. Le procédé Busquet est très avantageux et abrége la durée de la maladie. Avec ce procédé, comme avec celui proposé par M. Raymond, on peut obtenir la repousse des cheveux en moins d'un mois, et la guérison d'une plaque de pelade en deux mois. M. Raymond insiste sur ce fait qu'il ne s'agit que des pelades en aires : les pelades dites décalvantes sont bien plus rebelles au traitement. Il est enfin un certain nombre de conditions dont il faut tenir compte dans l'appréciation des résultats obtenus, car il est des pelades qui guérissent facilement, tandis qu'il en est d'autres contre lesquelles toutes les médications viennent échouer ; il importe de bien indiquer à quel cas on a affaire lorsqu'on parle du traitement des pelades ; en raison des variétés cliniques, les résultats thérapeutiques peuvent être tout différents.

Tous ces procédés sont à essayer ; car il n'y en a aucun qui ait plus de guérisons à son actif que les autres ; mais tous sont excellents, car ils reposent sur un même principe, la destruction du parasite par l'introduction d'un antiseptique dans le derme.

Existe-t-il un tremblement mercuriel ?

M. le professeur *Charcot* et toute l'École de la Salpêtrière, rattachent aujourd'hui tous les tremblements toxiques à l'hystérie. Le saturnisme et l'hydrargyrisme réveillent l'hystérie chez les sujets prédisposés ; le tremblement hystérique est semblable au tremblement dit mercuriel, en nombre de circonstances ; mais là, nous trouvons des stigmates. Toutefois, il existe aussi des hystéries sans stigmates,

De plus, nous connaissons déjà une certaine variété d'hystérie relativement analogue, l'hystérie toxique. M. Charcot a démontré, en ce qui concerne le saturnisme, qu'à côté des accidents qui appartiennent en propre à l'intoxication par le plomb, comme la paralysie des extenseurs, il se développait parfois des manifestations comme l'hémianesthésie, les crises, qui n'étaient nullement plombiques, et ressortissaient à l'hystérie. Pour ce qui a trait à l'alcoolisme, il en est de même : nous connaissons les paralysies et le tremblement qu'il occasionne, et les distinguons de la névrose qu'il provoque.

Pour en revenir à l'intoxication mercurielle, c'est la même histoire, et M. Letulle l'a résumée

ainsi de la façon la plus simple et la plus juste :

« En dernière analyse, dit-il, quand on parle de névropathies mercurielles, il en est pour le mercure ce qu'il en est pour le plomb et pour l'alcool, c'est à la prédisposition héréditaire qu'il faut s'adresser pour avoir la raison du développement de l'hystérie. »

M. Dutil, pour étudier les conditions de son origine, s'est rendu dans les ateliers, et là, sur les cinq trembleurs qu'il a rencontrés, il en a trouvé trois qui présentaient de l'hémianesthésie, des zones hystérogènes et des attaques, à la suite desquelles se manifestait souvent le tremblement. En somme, n'était leur profession, on eût pris ces sujets pour des hystériques vulgaires.

On ne niera pas la nature hystérique de ces tremblements qui s'accompagnent de stigmates. Pour ce qui est des autres ? Eh bien ! le tremblement, par lui-même, représente un stigmate. Tous les hystériques ne se présentent pas avec des stigmates nombreux ; ceux-ci peuvent manquer, et c'est le cas notamment dans l'hystérie monosymptomatique. Les stigmates sont un perfectionnement clinique d'un grand secours, mais ils peuvent faire défaut. Encore un point à ajouter :

Dans toutes ces variétés d'hystérie toxique, dans lesquelles le poison est réduit au rôle commun d'agent provocateur, il semble que la nature différente de l'intoxication ait une influence sur la forme de la névrose. Le saturnisme donnerait plutôt lieu à des anesthésies et à des paralysies, l'alcoolisme à des crises convulsives, alors que l'hydrargyrisme déterminerait spécialement cette forme rare de la névrose, le tremblement.

Cette manière de voir va inspirer notre thérapeutique. Nous ne donnerons pas à nos malades le traitement antimercuriel, les iodures, les bains de vapeur..., etc., mais les soignerons comme des hystériques, par la suggestion, l'hydrothérapie, etc.

MÉDECINE PRATIQUE

Les stomatites ulcéreuses septiques et leurs traitements.

(*Suite*)

4° Stomatites ulcéreuses de la broncho-pneumonie, de la coqueluche, de la fièvre typhoïde.

Produites le plus souvent par les streptocoques, ces stomatites n'offrent rien de particulier comme aspect clinique. Les ulcérations gris jaunâtre sont le plus souvent irrégulières, déchiquetées, saignantes ou recouvertes de fuliginosités. Elles siègent habituellement aux gencives, en dedans des joues, sous la langue, et le long de ses bords, rarement sur le dos de cet organe.

Traitement. — Antisepsie buccale par lavages naphtolés et boriqués ; badigeonnages salicylés phéniqués ou sublimés ; insufflation de poudre de chlorure de chaux sec sur les ulcérations ; potions toniques et stimulantes à l'intérieur ; antisepsie intestinale.

5° Stomatite ulcéro-membraneuse.

La *stomatite ulcéro-membraneuse* a été, comme on sait, démontrée spécifique, épidémique et contagieuse par M. J. Bergeron, qui a fait connaître du même coup les propriétés curatives du chlorate de potasse. Il est vrai que deux médecins de la marine, MM. Catelan et Magette, ont voulu depuis expliquer la pathogénie de cette stomatite par une névrite liée à l'évolution de la dent de sagesse. Cette explication n'a pas prévalu et presque tous les pathologistes continuent à considérer la stomatite ulcéro-membraneuse comme une infection locale. Il est vrai que les recherches sur la nature de l'agent infectieux n'ont pas été couronnées de succès. M. Pasteur avait à l'origine trouvé une spirille dans la bouche d'enfants atteints de stomatite. Netter, pendant son internat chez M. Bergeron, a trouvé cette spirille dans les ulcérations gingivo-buccales ; il l'a cultivée, mais les inoculations faites avec les cultures ont donné un résultat négatif.

Galippe, qui s'est beaucoup occupé des micro-organismes du tartre dentaire, estime que parmi les microbes qui pullulent dans le tartre, véritable substance vivante, il en est un qui devient pathogène sous l'influence de troubles que l'évolution dentaire apporte dans la composition des liquides buccaux ; dès lors un travail ulcératif apparaît au niveau des gencives. Cette gingivite ulcéreuse peut se propager à la face interne des joues et la stomatite ulcéreuse est constituée.

Les symptômes locaux en sont bien caractéristiques ; les gencives tuméfiées offrent sur leur bord libre un liseré grisâtre, la muqueuse prend un aspect pulpeux, se ramollit ; à la face interne d'une des joues, le plus souvent à gauche d'après Bergeron, Rilliet, Barthez, rarement à droite (Bretonneau), dans le voisinage des gencives, se montrent des plaques membraneuses jaunâtres, molles, allongées le plus souvent transversalement, quelquefois suivant un axe vertical. Les bords sont irréguliers, décollés ; le centre est résistant et adhérent. Sous ces plaques membraneuses se trouvent des ulcérations saignantes, fongueuses, très douloureuses. En même temps, on constate de l'œdème, mais un œdème mou, diffus, jamais circonscrit, aux lèvres, à la joue correspondant à l'ulcération intra-buccale. Les ganglions sous-maxillaires et rétro-maxillaires sont presque toujours engorgés. Quelquefois, les ulcérations atteignent le voile du palais, les amygdales même. En général, les signes fonctionnels sont très intenses, la salivation excessive, la douleur empêche toute mastication, l'haleine est horriblement fétide. Abandonnée à elle-même, la stomatite déchausse les dents, forme des nécroses et des séquestres maxillaires.

Traitement. Le chlorate de potasse ou de soude, employé en potion, en collutoires, en badigeonnages, *larga manu*, est le spécifique de cette stomatite, et de cette stomatite seule. Chez les enfants, ce sel ne peut être donné à très haute dose, surtout en potion ; il est toxique et tous les ans on déplore la mort d'un ou plusieurs jeunes enfants empoisonnés de ce chef. Ici encore, M. Sevestre recommande les insufflations de poudre d'iodoforme sur les ulcérations.

6° Stomatite diphthérique.

Généralement concomitante de l'angine diphthérique, cette stomatite n'est, à proprement parler, pas ulcéreuse, mais seulement membraneuse, comme son nom l'indique. Le diagnostic n'est possible que dans le cas d'angine concomitante

ou de diphthérie nasale ; bien entendu, il y a encore un meilleur moyen d'affirmer le diagnostic, c'est le microscope et les cultures de bacilles de Lœffler.

TRAITEMENT. C'est le traitement habituel de la diphthérie : badigeonnages phéniqués, salicylés ; lavages lactiques, naphtolés, phéniqués, etc., potions toniques et stimulantes.

7° GINGIVITES ULCÉREUSES.

Nous ne ferons que signaler comme stomatites partielles les gingivites dues aux caries dentaires, à l'accumulation de tartre, aux éruptions dentaires tardives (dents de sagesse), à l'abus du tabac, etc. Les causes sont variées, les symptômes locaux sont les mêmes : les gencives sont rouges, tuméfiées, saignantes, bordées d'ulcérations grisâtres, irrégulières.

Le traitement consiste en badigeonnages de glycérine antiseptique, phéniquée, sublimée, naphtolée, boriquée ; la saccharine, d'après M. C. Paul, serait excellente comme antiseptique local pour les gingivites.

8° STOMATITE DES FIÈVRES ÉRUPTIVES ET PARTICULIÈREMENT VARIOLIQUES.

Les pustules de la variole font éruption aussi bien sur la muqueuse buccale que sur les autres muqueuses. Elles durent d'ailleurs fort peu de temps ; les ulcérations auxquelles elles donnent naissance sont rarement étendues et se détergent admirablement bien, sous l'influence de la salive légèrement acide, comme l'a montré dernièrement M. le Dr Coste, de Marseille.

Le traitement est le plus souvent inutile. Toutefois les lavages boriques rendront toujours quelques services, et on fera bien de les employer.

9° STOMATITE SCORBUTIQUE.

Le scorbut produit une stomatite très intense, particulièrement localisée aux gencives. Elles sont gonflées, ramollies, saignantes ; la muqueuse buccale tuméfiée se couvre d'ecchymoses et de bulles sanguinolentes ; les dents se déchaussent et tombent rapidement.

TRAITEMENT. Toucher les gencives avec du jus de citron, de l'acide chlorhydrique dilué, de l'acide phénique étendu. Donner à l'intérieur des potions toniques et astringentes.

10° STOMATITE GANGRENEUSE.— NOMA.

Le plus souvent consécutive à la rougeole, à la fièvre typhoïde, en général produite par une grande misère physiologique, une énorme dépression de l'organisme, cette stomatite se rencontre surtout chez les enfants. Elle débute par une ulcération blanc-grisâtre en dedans d'une joue, quelquefois à la partie interne de la lèvre inférieure, ou dans le repli gingivo-labial, surtout à gauche (Tourdes). L'ulcération devient bientôt brunâtre, s'agrandit, noircit, s'entoure d'un cercle rouge périphérique de nature inflammatoire, qui s'étend à mesure que le sphacèle envahit les parties molles. Au même niveau se développe un noyau d'induration accompagné d'œdème de la joue, des lèvres supérieure ou inférieure. La salivation est très considérable, l'haleine d'odeur gangreneuse ; bientôt surviennent des phénomènes généraux graves, qui emportent le malade par septico-pyohémie du 2e au 14e jour.

TRAITEMENT. Cautérisations profondes au thermocautère, autour de l'ulcération buccale, dès le début ; lavages chloralés, naphtolés, phéniqués très fréquents.

Potions toniques et stimulantes.

11° STOMATITE TUBERCULEUSE. — STOMATITE SYPHILITIQUE.

Quoiqu'habituellement classées à part, les manifestations buccales de la tuberculose, de la syphilis doivent être au moins signalées dans cette étude. Le lupus buccal, les granulations miliaires de la langue, manifestation de l'infection bacillaire sont faciles à diagnostiquer des autres stomatites par l'état général du malade et la concomitance d'autres lésions. Les plaques muqueuses ou syphilides papulo-érosives et ulcéreuses des gencives, des bords de la langue, de la face interne des joues, de la voûte palatine sont le plus souvent aussi faciles à reconnaître par leur indolence, par d'autres signes de syphilis concomitants, tels que croûtes des cheveux, alopécie, adénopathies cervicales multiples, syphilides cutanées, etc.

12° STOMATITES TOXIQUES.

(*Mercurielle, antimonique, saturnine, boracique*).

Caractérisées surtout par la gingivite ulcéreuse, ces stomatites seraient surtout d'origine septique, et produites indirectement par le poison, qui, en modifiant la composition du mucus et de la salive, permettrait aux germes de pulluler et d'ulcérer secondairement la muqueuse. (Galippe, Lermoyez.)

Le traitement consiste :

1° Dans la suppression immédiate du poison introduit dans l'économie soit professionnellement, soit médicamenteusement.

2° Dans une antisepsie buccale rigoureuse.

CONCLUSIONS. — Les stomatites ulcéreuses sont d'origine microbienne. La meilleure prophylaxie consiste donc, non pas dans l'emploi sans raison du chlorate de potasse, mais dans les lavages fréquents de la bouche avec des solutions antiseptiques convenablement aromatisées. (Eau naphtolée, eau sublimée, eau phéniquée, eau thymolée, par exemple, additionnées d'essence de menthe et de benjoin.)

Dr P. HUGUENIN.

CORRESPONDANCE

— I —

Nous avons reçu la lettre suivante d'un membre du Concours médical, le Dr Moiroud. Nous la faisons suivre des observations qu'elle dicte au Dr Aguilhon :

Paris, le 4 juillet 1892.

Monsieur le Directeur,

J'ai lu dans le numéro 27 du *Concours médical* l'article du Dr Aguilhon sur la *reconstitution des dents*, par un procédé nouveau, qu'on pourrait appeler procédé par le moulage. Mon intention n'est pas de réclamer la priorité dans l'emploi de cette méthode. Je tiens néanmoins à faire connaître aux lecteurs du *Concours* que j'emploie quelquefois, depuis un certain temps, le procédé du moulage pour les obturations dentaires. J'ai fait cet

hiver dans mon service de la Policlinique de Paris, plusieurs expériences publiques sur ce sujet. Si je ne les ai pas encore publiées, c'est que je n'y attache pas la même importance que mon confrère le Dr Aguilhon.

D'autres méthodes d'obturation et de reconstitution des dents me paraissent en général plus avantageuses et applicables dans des cas où il est matériellement impossible de se servir du procédé par le moulage (que j'appelais mon procédé avant la publication de l'article du Dr Aguilhon).

Je vous serai reconnaissant, Monsieur le Directeur, de vouloir bien publier ma lettre dans un numéro du *Concours.*

Agréez,

Docteur Moiroud,
Chef du service des maladies de la bouche à la Policlinique de Paris.

Monsieur le Directeur,

L'article publié dans le *Concours médical* du 2 juillet dernier, sous le titre de Reconstitution des dents, ne semble pas avoir été lu avec beaucoup de soin par notre collègue M. Moiroud. L'auteur a écrit en effet que de très nombreux praticiens s'étaient occupés de cette question. Déjà, au siècle dernier, plusieurs essais furent tentés dans ce sens. Depuis plus de trente ans, les fournisseurs pour dentiste vendent des plaques de porcelaine destinées à être ajoutées à la meule sur des moulages en plâtre de dents malades.

L'année dernière, le professeur Miller, de Berlin, est venu à Paris, tout exprès pour montrer les perfectionnements qu'il a apportés aux obturations en verre. Ce serait donc enfoncer une porte ouverte, aussi bien pour M. Moiroud que pour moi, que de prétendre avoir inventé le moulage des dents. Mais les procédés employés, jusqu'à ce jour, n'ont donné que de médiocres résultats, ainsi que M. Moiroud le constate lui-même, parce que les moyens vraiment pratiques d'y arriver faisaient défaut. Je n'ai d'autre prétention que d'avoir trouvé une substance propre à mouler et à former en même temps une sorte de creuset très réfractaire. J'arrive ainsi à fondre des substances telles que l'or, le cristal et même le platine, qui exigent une haute température et à les mouler avec une perfection absolue. Je n'ai trouvé que cela.

Recevez, etc.

Dr Aguilhon.

II

Peumonie et térébenthine

Je veux parler des fameux abcès de fixation. Ce retour aux pratiques humorales, « si l'on en croit des observateurs distingués », produit chez des hépatisés de mauvais aloi des résultats foudroyants. J'en ai un à mon acquit. Le malade était mort le lendemain : « Uno avulso, non deficit alter. » Je crois bien que c'est le cas pour la généralité des observateurs. Ces abcès fixateurs qui ne fixent rien, pas même le pneumocoque, puisqu'il s'obstine à ne pas paraître dans le foyer en dérivation ; encore moins le patient, puisqu'il s'en va, quelquefois, dès le lendemain, à moins qu'un entêtement extraordinaire, qui n'a rien à voir avec la térébenthine, le conserve, à la sollicitude du médecin traitant ; ces abcès fixateurs, dis-je, m'ont fait rêver.

N'y aurait-il pas, au moment de cette redoutable éventualité d'hépatisation grise, un moyen plus simple, moins chirurgical et par conséquent moins amer, d'abaisser la température et de décongestionner le parenchyme ! Ne savons-nous pas qu'un observateur dont le nom m'échappe, mais qui doit être absolument distingué, puisqu'il a eu la constance de tenir l'oreille d'un lapin immergée pendant deux heures consécutives dans un baquet d'eau froide, pendant que l'autre main se payait l'innocente distraction de lui frotter l'oreille opposée, avec une dose massive d'huile de croton ; ne savons-nous pas, dis-je, que ce dévoué confrère n'est arrivé à aucun résultat, qu'il n'a obtenu aucun semblant d'éruption, qu'en un mot il en a été pour ses frais. Une autre expérience connue qui a précédé de beaucoup celle du lapin et qui est absolument de même ordre « Nil novum » l'huile de croton en moins, consiste à loger un thermomètre dans la main gauche et à plonger la main droite dans un bassin d'eau froide. Le thermomètre accuse immédiatement un abaissement de température. La déduction est facile. Action réflexe, mise en jeu des centres thermiques, constriction des vaso-moteurs, décongestion, abaissement final de température. Voilà le moyen que nous employons quand nous avons affaire à un pneumocoque rébarbatif qui ne veut pas lâcher sa proie. Au lieu d'une oreille, le poumon, comme terrain d'immersion, l'abdomen et l'intestin (compresses humides et froides renouvelées toutes les demi-heures, lavement froid trois fois par jour).

Nous devons à ce procédé le sauvetage de deux pneumoniques arrivés, l'un au dixième, l'autre au douzième jour de la maladie, sans sueur, sans abaissement thermique, 40 degrés, sans le moindre vestige de résolution. Le résultat de l'eau froide a été rapide, presque merveilleux. L'insomnie, l'agitation, la température étaient réprimés au bout de 24 heures, et la diaphorèse, élément sauveur, ne laissait plus de doute sur le changement d'orientation. Nous croyons donc inutile d'allonger notre travail en relatant les deux observations qui ont été le point de départ d'une méthode qui n'est qu'un rameau des bains froids appliqués aux maladies infectieuses.

Maintenant que les confrères qui aiment l'art composite y ajoutent les injections térébenthinées, nous n'y voyons pas d'inconvénient. Il est possible que l'addition des deux méthodes ait son utilité, ce que nous nous empresserons de reconnaître, quand on voudra bien nous donner les preuves à l'appui.

Dr G. Reignier (de Surgères),

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Tous médecins.

Il serait vraiment fâcheux de passer sous silence les documents suivants. Si M. le sénateur Hervé de Saisy les a pu lire, il en aura tressailli d'aise, et ils lui fourniront sans doute les éléments d'un nouveau discours dans le genre de celui que nous connaissons déjà.

Ce malencontreux article 17 de la loi sur l'exercice de la médecine ose venir troubler la quiétude de tous ceux qui ont pris la douce habitude de vivre aux dépens de la sottise universelle..... et on ne protesterait pas ! Ce serait l'abomination de la désolation.

I.

Voici d'abord la *Chaîne magnétique*, organe *« avec preuves à l'appui »* du somnambulisme extra-lucide, qui déplore les rigueurs de la future législation.

Déclarer que ceux qui, sans titre ou sans mandat spécial, prennent part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies, exercent illégalement la médecine, n'est-ce pas, au dire de cet excellent journal, « inviter les tribunaux et peut-être les obliger à condamner *les gens de bien qui, mus par une compassion ardente pour les membres souffrants de l'humanité*, cherchent à soulager ou à guérir leurs maux par le magnétisme humain ».

Il faut veiller au grain et sauver les petits commerces menacés. Une pétition vient d'être adressée aux Chambres par les membres du bureau du Congrès magnétique international.

Voici du reste les termes de cette pétition :

« Considérant que le magnétisme humain est une influence naturelle au même titre que la lumière, la chaleur, l'électricité terrestre, et tant d'autres forces non encore connues ni classées, nous demandons que, dans un but humanitaire, chacun puisse en retirer, pour sa santé et celle d'autrui, tel bénéfice qui lui conviendra ;

« Considérant l'homme en bonne santé comme étant un merveilleux accumulateur naturel du magnétisme terrestre, nous demandons qu'il lui soit permis de faire une distribution de ses forces au profit de ceux qui en manquent ;

« Considérant que la pratique du magnétisme, aussi bien que celle du massage, exige des forces physiques supérieures à celles de beaucoup de savants, nous demandons la liberté pour tous de se servir de l'influence bienfaisante de leurs mains au profit de ceux qui souffrent.

« En conséquence, les soussignés demandent :

« Qu'il plaise au Corps législatif d'intercaler dans son texte de loi sur la médecine l'article suivant :

« Art..... L'action magnétique et le massage, « étant œuvres exclusivement manuelles, restent « dans le domaine de la thérapeutique naturelle au « même titre que les bains, l'air ou la lumière. Leurs « partisans ne tomberont pas sous le coup des lois « ci-dessus tant qu'ils resteront dans leurs attribu- « tions. »

Le moindre commentaire ne pourrait qu'affaiblir un tel document. Inclinons-nous et passons.

II.

Voici maintenant une circulaire émanant d'un journal qui compte parmi ses rédacteurs *des sommités scientifiques* — ? ! — n'en doutez pas, c'est lui qui le dit — et qui a sous la main un *Comité médical composé exclusivement des spécialistes les plus renommés*, chargé de donner des consultations gratuites dans ses colonnes.

Cette circulaire s'adresse à tous les Abbés de France et de Navarre, et vraiment il faudrait avoir le cœur sec comme pas un pour refuser un abonnement à qui s'offre *de les aider à veiller aussi bien sur le corps que sur l'âme de leurs paroissiens*.

Voici la circulaire dans son entier :

Journal de la Santé (10e année), paraissant tous les dimanches, 16, rue Grange-Batelière, Paris ; directeur : Marc de Rossiény. — *Téléphone*.

Monsieur l'Abbé,

Un de nos abonnés, M. le professeur Baradat, à Dax, nous a suggéré une idée que nous mettons à exécution.

Dans une lettre datée du 30 mai, il nous écrit :

« Dans les principales communes de France, il y a un homme qui reçoit les communications les plus intimes des habitants : c'est le curé. Beaucoup font un peu de médecine usuelle, et vous trouverez parmi eux un nombre considérable d'adhérents. Mais il faudrait leur offrir quelques avantages, comme, par exemple, des consultations *gratuites*, non seulement pour eux, mais aussi pour les paroissiens auxquels ils s'intéressent ».

Monsieur l'Abbé, nous suivons le conseil de notre honorable correspondant, en vous envoyant cette Circulaire.

Le **Journal de la Santé** a été créé il y a 10 ans, pour vulgariser et répandre dans les masses populaires, des connaissances d'hygiène et de médecine usuelle.

Le grand succès de cette publication est sans exemple dans les annales de la Presse. En 1891, son tirage moyen hebdomadaire a dépassé 31,000 exemplaires par semaine. Aucun journal spécial des Deux-Mondes, n'a pu atteindre, jusqu'à ce jour, ce chiffre inconnu pour les journaux de médecine populaire.

Ce succès est uniquement dû au caractère pratique de sa rédaction et aux services que rend le **Journal de la Santé** à ses abonnés, par ses consultations et ses conseils.

Chaque numéro du **Journal de la Santé** a 32 pages avec gravures dans le texte et 25 à 30 articles variés, enseignant l'art de se bien porter, d'éviter la maladie ou de la guérir. Tous les articles sont écrits spécialement pour le journal par des sommités scientifiques et leur lecture est à la portée de tous.

Un Comité médical composé exclusivement de spécialistes les plus renommés de Paris, donne des consultations *gratuites* par la voie du journal.

Vous aurez, Monsieur l'Abbé, le droit de consulter le Comité médical, aussi souvent qu'il vous plaira, pour vous et vos paroissiens.

Ci-contre, nous vous soumettons les sommaires de tous les numéros parus depuis *le 1er janvier au 1er juin* 1892, qui vous donneront une idée suffisante de la multiplicité, de la variété, et de l'intérêt pratique des articles publiés.

En vertu d'une décision prise par le Conseil d'administration du « Journal de la Santé », nous offrons à tout le Clergé français :

Un abonnement d'essai de 2 mois pour UN FRANC, avec droit aux consultations gratuites.

Nous espérons vous compter au nombre de nos abonnés et vous, Monsieur l'Abbé, vous pouvez compter sur nous, sur notre Comité médical, sur toute la rédaction, pour vous aider à veiller aussi bien sur le corps que sur l'âme de vos paroissiens.

Le Directeur du Journal de la Santé,
Marc de Rossiény.

III.

Nos excellents collaborateurs, Messieurs les pharmaciens, qui réclament, comme le premier de leurs droits, la faculté de délivrer, sous leur responsabilité et sans ordonnance tous les médicaments à leurs clients, ne peuvent digérer l'article 11 du texte voté par le Sénat. Les pilons se lèvent en masse et les bocaux s'agitent. Oyez plutôt :

« L'intérêt réel des malades exige encore que ceux-ci puissent jouir des avantages incontestables que leur offre le contrôle exercé par les pharmaciens sur les prescriptions médicales, au point de vue des *lapsus* que les médecins peuvent commettre. Si le législateur croit devoir faire fléchir, dans certaines circonstances, le principe qui veut que le commerce et la préparation des médicaments rentrent dans le domaine de la pharmacie, le droit exceptionnel qu'il confère au médecin doit être limité de manière à priver le moins possible les malades de la sécurité qui résulte pour eux du contrôle ci-dessus mentionné.

En dehors de ce contrôle, on peut encore invoquer un autre motif qui engage à restreindre, autant que possible, les cas où les soins médicaux et les médicaments sont donnés par une même personne. Le médecin peut se tromper ; il peut délivrer un

médicament à la place d'un autre ; un empoisonnement mortel peut survenir. Or, en pareille occurrence, que fera le médecin traitant ? Il s'empressera de faire disparaître ce qui restera de remède ayant déterminé l'accident, et il mettra sur le compte d'une aggravation de la maladie un décès dû à la faute qu'il aura commise. Lorsque les médicaments sont fournis par un pharmacien, le médecin n'a plus le même intérêt à dissimuler à la famille la cause des symptômes d'intoxication qu'il observe.

Que les auteurs et les défenseurs de l'article 11, tel qu'il est conçu, aient le courage de dire aux malades : avec la disposition que nous avons votée, vous n'aurez peut-être pas toutes les garanties nécessaires, au point de vue de l'identité et de la pureté des médicaments qui vous seront délivrés, puisque votre médecin n'est pas chimiste et ne peut les essayer ; peut-être vous fournira-t-il des médicaments qu'il aura achetés, par mesure d'économie, dans une maison de troisième ordre ; il pourra encore arriver que votre médecin commette une erreur funeste pour vous, soit en vous donnant un médicament pour un autre, soit en vous administrant une dose trop considérable d'un médicament quelconque, et vous serez privés du contrôle salutaire que pourrait exercer le pharmacien ; peut-être enfin serez-vous exposés à ce que votre médecin, n'ayant pas à sa disposition le médicament qui vous convient, vous délivre une substance ayant approximativement les mêmes propriétés ; mais en échange de ces avantages qui vous feront certainement défaut, nous vous en offrons un autre : vous n'aurez pas de course à faire pour vous procurer les remèdes dont vous aurez besoin.

Qu'on leur tienne ce langage, et on verra que chacun d'eux préférera parcourir 5, 6 ou 8 kilomètres, plutôt que de renoncer aux garanties de toutes sortes que leur offrent les médicaments sortant d'une pharmacie. »

Il faut être médecin en vérité pour se figurer qu'on est capable de soigner les malades !

Si les somnambules, si les abbés, si les pharmaciens sont menacés, que va devenir le pauvre monde ? Eux du moins reçoivent les lumières d'en haut, ils sont initiés, ils sont impeccables — tandis que les médecins...

Mais, au fait, la loi n'est pas votée encore, et il serait possible de contenter tout le monde : il suffirait de proclamer pour tous le droit à l'exercice de la médecine.

Tous médecins..... quel rêve !

G.

BULLETIN DES SYNDICATS

Assistance publique.

A M. le docteur Gassot, inspecteur départemental du service médical gratuit dans le Loiret.

Vous avez bien raison, mon cher confrère, de ramener constamment l'attention du Corps médical sur l'importante question de l'Assistance des indigents. Le projet que je viens d'élaborer au nom de la Commission d'Assistance de la Loire-Inférieure (1) a été pour vous une occasion nouvelle de revenir sur ce sujet et, dans le dernier numéro du *Concours médical*, il a été de votre part l'objet de quelques critiques auxquelles je vais essayer de répondre.

Et d'abord, je vous ferai remarquer que ce travail n'est qu'un projet, qui a subi, depuis que je vous l'ai adressé, et subira encore probablement des modifications, avant d'être adopté d'une manière définitive par le conseil général dans sa session du mois d'août.

Le principal reproche que vous faites à ce projet, c'est d'admettre (art. 4) la possibilité d'une réduction des honoraires médicaux et pharmaceutiques, dans le cas où les crédits alloués pour l'année seraient dépassés. Vous trouvez, dites-vous, cet article très gros de difficultés pour l'avenir. Assurément, il eût mieux valu pouvoir l'écarter et tous les membres de la Commission d'Assistance, croyez-le bien, l'eussent volontiers supprimé si la chose eût été possible. Mais nous avions à compter avec l'autorité préfectorale et le Conseil général et sans cette clause notre projet n'eût pas longtemps vécu ; la preuve, c'est que, lorsque M. le préfet le présenta à la session d'avril à nos conseillers généraux, la première objection soulevée fut que la question financière allait présenter des aléas de nature à arrêter les bonnes dispositions du Conseil. L'art. 4 fut notre planche de salut, et grâce à lui, M. le préfet put calmer les inquiétudes naissantes, et obtenir que la question fût renvoyée à l'étude de la commission départementale.

Après tout, on s'explique les préoccupations d'un Conseil général en présence d'une organisation nouvelle et il est difficile, en se plaçant à un point de vue général, de trouver qu'il ait eu tort de ne pas vouloir se lancer dans l'inconnu.

Quant à nous, médecins, qui avions pris l'initiative de la création du service d'assistance, nous n'avions pas à hésiter ; il valait mieux l'accepter avec une restriction de ce genre, que de vivre dans le statu quo, c'est-à-dire sans rien ou presque rien en fait de rétribution. J'ai dit, en effet, dans mon rapport, que, presque partout dans nos campagnes, les médecins soignent les pauvres gratuitement et que, là où existent des bureaux de bienfaisance, les honoraires médicaux sont dérisoires. Pour ne vous en citer qu'un exemple, dans la petite ville de Châteaubriant, on compte 2156 indigents donnant lieu en moyenne chaque année à 3500 visites ou consultations. Savez-vous ce que reçoivent les médecins chargés de les soigner ? la somme fabuleuse de 800 francs, ce qui fait à peu près 0 fr. 23 c. par visite.

Je vous ferai remarquer que nous demandons une cotisation communale et départementale de 3 fr. par tête d'indigent. Aucun département, je crois, à part celui de Seine-et-Oise, n'a encore atteint ce chiffre ; s'il ne nous permet pas d'arriver dès les premières années à un maximum de

(1) Composition de la Commission : Dr Attimont président de l'Association de secours mutuels des médecins du département ; Dr Teillais, ancien président de l'Association syndicale ; Dr Porson, président actuel ; Dr Jouon, professeur à l'école de médecine ; Dr Viaud Grand Marais, professeur à l'école de médecine ; Genevois, vice-président de la Compagnie des hospices de Nantes ; Dagault, vice-président du bureau de bienfaisance ; Dr Biaute, médecin en chef de l'Asile des aliénés ; Dr Destez, vice-président du syndicat de l'Association ; Dr Simoneau, secrétaire adjoint de l'association ; Dr Durand, de Saint-Nazaire ; Dr Plantard, de Chantenay ; Dr de Sallier Dupin, de Nort ; Dr Cailleteau, de Saint-Philbert de Grand-Lieu ; Dr Dehilatre, de Basse-Indre ; Dr Hardy, de Verton ; Robert, pharmacien à Nantes ; Le Limouzin, inspecteur départemental des enfants assistés.

1 fr. 50 par visite, ne sommes-nous pas en droit d'espérer que, le jour où la nouvelle loi sur l'Assistance sera votée, nous l'obtiendrons sûrement, grâce à l'appoint qui sera fourni par l'Etat.

La seule chose que nous puissions faire en ce moment, serait de demander au Conseil général de nous garantir, comme cela a été fait dans l'Oise, un minimum de 1 fr. par visite.

Vous rappellerai-je que pareille disposition restrictive existe dans la Vienne et l'Indre-et-Loire et que cependant les résultats obtenus ont été satisfaisants dans ces deux départements. Dans l'Indre-et-Loire en 1884, première année du fonctionnement du système d'assistance, de liberté avec tarif fixe, la commission de vérification fut obligée de faire une réduction de 27 p. % ; l'année suivante, la réduction fut de 2 p. 0/0 ; la troisième année on n'eut pas besoin d'en faire. Voilà des faits, cher confrère, qui sont de nature à nous rassurer, et, bien que j'ai pleine confiance dans l'expérience que vous avez acquise à la tête du service cantonal de votre département, j'avoue que je ne suis pas ébranlé par vos prévisions pessimistes.

Vous n'avez pas confiance, dites-vous, dans le rouage trop encombrant de la commission de vérification ; cependant, vous déclarez que, parmi tous les systèmes d'assistance, c'est encore à celui du libre choix que vous donneriez la préférence. Si vous acceptez le système, il faut pourtant un contrôle, je vous demanderai si vous en connaissez un préférable à celui que nous proposons ; jusqu'ici vous ne nous l'avez pas indiqué.

La besogne des membres de cette commission sera assurément délicate, mais la confiance, dont les auront investis leurs confrères, ne rendra-t-elle pas leur tâche plus facile qu'à qui que ce soit.

Vous trouvez que notre système demande trop de paperasses et de formalités ; mais la même chose ne se voit-elle pas dans les sociétés de secours mutuels où existe la rémunération à la visite. Il faut bien, en somme, si nous voulons être rémunérés en proportion de nos peines, que nous acceptions les conséquences du système qui peut le mieux nous assurer ce résultat. Si le médecin égare ses feuilles de visite, il n'aura qu'à s'en prendre à lui-même ; si, au contraire, celles des malades se perdent, il n'en sera pas responsable et n'aura pas à en souffrir, car sa créance n'en sera pas moins bien établie par les feuilles qu'il aura conservées.

Enfin, je ne vois pas dans notre projet en quoi le maire peut avoir l'occasion d'exercer *« son incontestable droit de contrôle »*, il n'a rien en effet à vérifier ; il n'a qu'à transmettre les notes des médecins et des pharmaciens à la commission de vérification qui, seule, exerce ce droit de contrôle. Le médecin a les mêmes droits que lui dans la commission d'assistance et son indépendance vis-à-vis de l'administration est absolue. En somme, il ne doit avoir qu'un soin, celui d'inspirer confiance à l'indigent comme à ses clients ordinaires.

Je n'irai pas jusqu'à dire, bien entendu, que notre projet ne comportera pas de difficultés dans son application, il n'est pas assurément le dernier mot dans cet ordre d'idées ; mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est qu'il sera revisable chaque année et que nos réclamations auront d'autant plus de chance d'être écoutées que nous nous serons montrés plus raisonnables et plus conciliants dès le début.

Notre projet, en somme, constitue vous le reconnaissez vous-même, un progrès considérable dans la voie de l'assistance. Cela suffit à notre ambition nous rappelant que souvent le mieux est l'ennemi du bien.

Si, comme j'en ai l'espoir, notre Conseil général organise l'assistance dans sa session du mois d'août, je vous enverrai le règlement définitif qu'il aura adopté et qui comportera un certain nombre de modifications qu'il sera utile de faire connaître à nos confrères par la voie du *Concours médical*.

Bien cordialement à vous,

Dr L. Porson.

REPORTAGE MÉDICAL

Par arrêté ministériel, en date du 14 mai 1892, des médailles d'honneur ont été décernées aux personnes qui se sont distinguées par leur courage et leur dévouement au cours de maladies épidémiques : Nous y voyons avec plaisir figurer M. le docteur *Survot*, médecin à Entrains, membre du Concours médical.

— Nous recevons le premier numéro d'une nouvelle revue de chirurgie française : les *Archives provinciales de chirurgie*, paraissant tous les mois à Paris. Fondée par un certain nombre de jeunes chirurgiens de province, cette revue a pour rédacteur en chef notre confrère, M. le docteur Marcel Baudouin, secrétaire de la rédaction du *Progrès Médical*. C'est une véritable tentative de décentralisation chirurgicale, qui s'explique par les progrès croissants de la chirurgie moderne.

— Le tribunal de Montdidier (Somme), sur la plainte du docteur en médecine qui exerce à Bonneuil-les-Eaux, vient de condamner à 10 fr. d'amende et aux frais, pour exercice illégal de la médecine, dans la Somme, M. Marraud, médecin à Croissy (Oise). Ce dernier confrère a fait, en vain, sur notre conseil, des démarches auprès du Préfet et du Procureur de la république. On lui a répondu : c'est la loi, nous devons condamner. D'ici à peu de temps *ce ne sera plus la loi*. M. Marraud nous demande s'il doit continuer à soigner ses clients de la *Somme*. S'il n'était qu'un rebouteur, nous lui dirions de continuer. Mais un diplômé serait assuré d'être poursuivi ; qu'il s'abstienne donc. Nous sommes tentés de dire au docteur de Bonneuil : *Summum jus, summa injuria* ! sans parler de ce que dictait, dans la circonstance, l'esprit de confraternité.

Congrès international de gynécologie et d'obstétrique.

(Bruxelles, septembre 1892.)

Le premier congrès international de gynécologie et d'obstétrique se réunira à Bruxelles, sous la présidence du professeur Kufferath.

Ce congrès dont les présidents d'honneur sont pour la France MM. Budin, Demons, Fochier, Gaulard, Grynfelt, Hergott, Laroyenne, Lefour, Péan, Tarnier, s'annonce comme un grand succès, car il y a déjà plus de 200 adhésions.

Ci-joint le programme détaillé des actes du Congrès.

Mardi 13 septembre. — 9 heures du soir : Raoût-Concert offert à MM. les Membres du Congrès par la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique à l'Université de Bruxelles.

Mercredi 14 septembre. — 2 heures du soir : Séance d'ouverture du Congrès. Ouverture de l'exposition.

Cette exposition comprend : 1° L'Exposition in-

ternationale d'Instruments et Appareils se rapportant à la gynécologie et l'obstétrique, au Palais des Académies. 2° Une exposition particulière comprenant les collections d'instruments, Pièces Anatomiques, etc., des Universités belges, à la Maternité de Bruxelles. — 7 heures du soir : Fête.

Jeudi 15 *septembre*. — 8 heures du matin : Visite des hôpitaux. — Expositions.

10 heures du matin. — Séance du Congrès. Communications diverses. — 2 heures du soir : Séance du Congrès. Discussion de la 1re question à l'ordre du jour. Des suppurations pelviennes.—9 heures du soir : Réceptions des membres du Congrès par M. le Ministre des Travaux publics, en son hôtel ministériel.

Vendredi 16 *septembre*. — 8 heures du matin : Visite des hôpitaux. — Expositions.—10 heures du matin ; Séance du Congrès. Communications diverses. — 2 heures du soir : Séance du Congrès. Discussion de la 2e question à l'ordre du jour : Des grossesses extra-utérines. — 7 heures du soir : Représentation de gala à l'Opéra.

Samedi 17 *septembre*. — 8 heures du matin : Visite des hôpitaux. — Expositions. — 10 heures du matin : Séance du Congrès. Communications et démonstrations.— 2 heures du soir : Séance du Congrès. Discussion de la 3e question à l'ordre du jour : Du placenta prœvia.— 4 heures du soir : Séance de clôture. — 7 heures du soir : Banquet offert aux membres du Congrès par la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique.

Dimanche 18 *septembre*. — Excursions diverses. —

Les communications et démonstrations doivent, autant que possible, être annoncées avant le 1er août 1892.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Auvard, secrétaire spécial pour la France, 58, rue de la Boëtie, à Paris, ou au secrétariat général, à Bruxelles.

— *Les hôpitaux militaires de Paris*. — La Chambre a voté, sans débat, le projet de loi ayant pour objet l'aliénation des hôpitaux militaires du Gros-Caillou et de Saint-Martin, et l'affectation du produit de la vente à des travaux nécessaires pour le ministère de la guerre.

Le projet de loi permet, sans nouvelles dépenses, de créer un hôpital suburbain, grâce au produit de la vente des terrains. Cet hôpital, qu'on a l'intention de créer à l'ouest de Paris, serait relié aux casernes par des embranchements de tramways.

Notons que la municipalité de Saint-Cloud a protesté vivement contre l'établissement de l'hôpital dans le voisinage de cette charmante petite ville, craignant, sans beaucoup de raisons, que cela ne fasse déserter aux Parisiens leur but de promenade favori, le bois de Saint-Cloud.

— *Les médecins à l'année en Allemagne*. — La 17e chambre du tribunal civil de Berlin vient d'avoir l'occasion de se prononcer sur les obligations qui incombent dans ce pays aux médecins de famille ou médecins à l'année.

Un maître-boucher de la Cour avait depuis dix ans un médecin de famille, qui, une fois par semaine, toutes les deux semaines au moins, se rendait à domicile pour examiner l'état de santé des membres de la famille. Il recevait pour cela chaque année une somme de 100 marks (125 fr.). Au mois d'août de l'année dernière, le médecin eut à faire au boucher plusieurs visites de nuit. Appelé de nouveau au milieu de la nuit, il déclara qu'il était lui-même souffrant, et engagea son client à s'adresser pour cette fois au service de nuit. A partir de ce jour, le médecin ne parut plus au domicile de son client, bien qu'il sût que ce dernier avait besoin de soins médicaux presque quotidiens. En conséquence, le maître-boucher refusa de payer les honoraires des quatre derniers mois de l'année. Le tribunal civil lui donna raison, parce qu'il était du devoir du médecin de visiter la famille régulièrement, même sans être appelé ; qu'il devait le faire d'une façon spéciale dans le cas actuel ; et par suite, qu'il avait ainsi rompu le contrat.

(*Journal de Méd. de Paris.*)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3730. — M. le Dr Even (Joseph), 49 rue Censier, Paris, présenté par M. le Directeur.

N° 3734. — M. le Dr Poncet, à Ste-Uze (Drôme), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr Souligoux, de Vichy (Allier), membre du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Libraire-éditeur du « **Concours médical** », la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

La *Société d'Editions scientifiques*, établie sur les bases de la **Mutualité**, a pour principe de partager par moitié, entre les Auteurs et elle, *tout bénéfice* résultant de la vente des ouvrages.

Viennent de paraître :

Traité élémentaire de Physiologie, par J.-V. Laborde, Directeur des Travaux pratiques de Physiologie, à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, avec 130 figures dans le texte et 25 planches dans l'introduction. In-8° de 450 pages. — Prix : **10** francs, net **8** francs *franco* pour MM. les membres du Concours médical.

Cette physiologie dans laquelle le *maître* a résumé l'œuvre de sa vie est absolument indispensable au praticien qui désire se tenir au courant des recherches médicales actuelles et soigner ses malades avec discernement.

Claire, pratique, complète, évitant les discussions oiseuses, l'œuvre démontre bien que la physiologie *est devenue en réalité* **la Science de la vie.**

Abus de l'Hygiène et des Médicaments ou moyens antihygiéniques de se conserver la santé, par le Dr Jacques Nattus, 4e volume de la Petite Encyclopédie médicale, collection de volumes, in-18 raisin, cartonnés à l'anglaise.— Prix : **3** francs.

Sous une forme humouristique, l'auteur démontre avec beaucoup d'esprit et d'utilité que souvent la peur d'un mal nous conduit dans un pire.

Le Directeur-Gérant : **A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année N° 31 30 Juillet 1892

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Le traitement du choléra.

Le conseil d'hygiène a décidé, en présence des menaces d'extension de l'épidémie actuelle de diarrhée cholériforme et de l'éventualité d'une grande épidémie de choléra asiatique, de faire afficher une instruction indiquant les premiers soins à donner aux malades avant l'arrivée du médecin. Il faut un traitement simple et des produits non toxiques, pouvant être mis entre les mains de tout le monde.

Il y a trois résultats à viser en pareil cas: 1° combattre la diarrhée ; 2° arrêter les vomissements ; 3° réchauffer le malade.

1° Contre la diarrhée, il conseille l'acide lactique à haute dose, désinfectant intestinal précieux, préconisé d'abord contre la diarrhée verte des enfants par M. Hayem et qui paraît très bien réussir également contre les diarrhées cholériformes et peut-être cholériques. Voici la formule recommandée :

Acide lactique	10 gr.
Sirop de sucre	20 gr.
Alcoolat. d'oranges ou de citrons	2 gr.

Verser le tout dans un litre d'eau. Donner au malade trois cuillerées à soupe tous les quarts d'heure.

M. *Dujardin-Beaumetz* appuie cette thérapeutique.

M. *Bucquoy* croit qu'avant de se prononcer sur l'efficacité de l'acide lactique contre le choléra, il faudrait attendre un résultat de son emploi contre le choléra vrai, quelle que soit sa valeur contre les diarrhées ordinaires. Il l'a donné une fois, dans un cas qu'il a eu à soigner à l'Hôtel-Dieu, à la dose de 15 à 16 grammes en vingt-quatre heures, et il avoue que le médicament a excité la diarrhée bien loin de la calmer et que celle-ci a cédé facilement à l'emploi de la vieille formule.

Teinture de cannelle	10 gr.
Sous-nitrate de bismuth	4 gr.
Laudanum de Sydenham	0 gr. 75
Potion gommeuse	100 gr.

Une cuillerée toutes les deux heures.

2° L'arrêt des vomissements est plus difficile. Le meilleur antiémétique serait le menthol, puisqu'il prévient jusqu'aux vomissements de l'ipéca comme l'a montré M. Blondel, mais il est peu maniable, insoluble dans l'eau et d'une saveur très désagréable. D'autre part, la glace n'est pas entre les mains de tout le monde.

On peut conseiller les morceaux de glace de temps en temps, les boissons gazeuses.

D'une façon générale, le meilleur médicament est l'élixir parégorique, qui est la moins toxique des préparations opiacées et qui calme merveilleusement la douleur, à la dose de 20 gouttes toutes les heures.

Sont bonnes aussi les gouttes de Laussedat qui ont eu autrefois une vogue très grande, précisément contre les vomissements du choléra et dont voici la formule :

Teinture éthérée de valériane	5 gr.
Laudanum de Sydenham	1 gr.
Essence de menthe	V gouttes.
Liqueur d'Hoffmann	5 gr.

25 gouttes de ce mélange toutes les fois que le malade accuse une tendance à vomir ou à aller à la selle.

3° Pour réchauffer les malades, nous recommandons les procédés déjà connus de longue date : boissons chaudes et stimulantes, alcool, thé au rhum, café léger, frictions, bouillottes chaudes, bains très chauds sinapisés.

Rappelons à ce propos la formule de liqueur anticholérique que l'administration des Pompes funèbres fait préparer pour ses employés pendant l'épidémie :

40 centilitres d'alcool à 36 degrés ; 12 gouttes d'essence de menthe anglaise ; 12 grammes de lau-

danum de Sydenham ; 200 grammes de sucre fondus dans 60 centilitres d'eau.

Cette précaution n'est pas nouvelle. Chaque fois qu'une épidémie de choléra a été antérieurement constatée, l'administration a obligé les employés des pompes funèbres, chargés des ensevelissements et des convois, à prendre un verre à liqueur de ce médicament.

D'après les renseignements qui ont été fournis par l'administration à la préfecture de la Seine depuis 1852, aucun employé des pompes funèbres ne serait mort du choléra.

L'association des antiseptiques. Le phénosalyl.

M. le Dr *de Christmas* publie, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, de nouvelles recherches sur les mélanges antiseptiques. On sait que la possibilité d'augmenter la force microbicide des antiseptiques en les mélangeant entre eux, a été entrevue par plusieurs savants, mais la mesure de ce pouvoir est assez difficile à apprécier par les méthodes anciennes et M. de Christmas a appliqué à cette recherche un procédé nouveau qui donne des résultats plus certains.

Le nombre des combinaisons de substances antiseptiques, quoique grand, est limité par la nécessité de n'employer que des substances dont le mélange soit soluble dans l'eau. La base de presque tous les mélanges employés ici est la combinaison entre l'acide phénique et l'acide salicylique. La présence du phénol augmente la solubilité de l'acide salicylique dans l'eau et c'est probablement en grande partie à ce phénomène qu'il faut attribuer l'augmentation et la force antiseptique de ce mélange qui est presque le double de celle de ses deux éléments pris isolément. Le pouvoir antiseptique est encore augmenté si on ajoute une petite quantité d'un acide organique : de l'acide citrique, lactique ou oxalique.

Voici la formule du mélange qui a paru le meilleur sous le rapport de la solubilité et de son pouvoir antiseptique :

Acide phénique........	9 grammes.
Acide salicylique......	1 gramme.
Acide lactique.........	2 grammes.
Menthol..............	0.10 centigr.

Ce mélange qu'on prépare en chauffant les trois acides jusqu'à liquéfaction, est très soluble dans la glycérine. Il se dissout facilement dans l'eau jusqu'à la proportion de 4 %. Son pouvoir antiseptique est considérable et n'est dépassé que par celui des sels de mercure. En effet, l'expérience montre que ce mélange, qui a reçu le nom de *phénosalyl*, a une force antiseptique plus de trois fois plus grande que celle de l'acide phénique seul.

La force antiseptique du phénosalyl se manifeste d'une manière remarquable dans les liquides organiques ; des crachats tuberculeux mélangés avec 5 fois leur volume d'une solution à 2 0/0 sont stérilisés au bout de 15 minutes et leur inoculation aux cobayes devient inoffensive. L'urine et le sang putréfié sont stérilisés dans les mêmes conditions au bout de cinq minutes.

La fuchsine au point de vue de la Toxicologie et de l'Hygiène.

M. *Cazeneuve* a fait, dans le *Lyon médical*, une importante étude de la fuchsine au point de vue toxicologique et hygiénique. Il ne sera pas sans intérêt de la résumer ici pour mettre nos lecteurs au courant des idées nouvelles sur cet agent si légendairement redouté.

La fuchsine est l'objet d'une fabrication considérable. La grande usine allemande la « Badische aniline » en produit 500 kilogrammes par jour environ ; en France l'usine Poirier, à Saint-Denis, et celle MM. Durand et Huguenin à Saint-Fons en fabriquent également de fortes quantités. Il importe donc de savoir si les nom-

FEUILLETON

Le travail dans les hôpitaux.

Depuis de nombreuses années, je suis un habitué de l'hôpital Saint-Louis, tant par attrait pour l'étude de la dermatologie, que pour entendre les remarquables leçons, faites par M. Ernest Besnier dans le service duquel il y a toujours quelque chose à apprendre. — Je souhaite même que cet article tombe sous les yeux de cet éminent clinicien, qui est en même temps un homme d'initiative et de progrès ; son appui, même platonique, ne pourra que faciliter la solution que je souhaite. — Voici de quoi il s'agit :

Dans mes visites intermittentes, j'ai été frappé bien souvent de l'aspect mélancolique et désœuvré des malades, qui, ayant gardé leur énergie, ne savent comment dépenser leur activité et noient cette force nerveuse dans une inaction mauvaise pour leur santé physique et morale. Ah ! s'il y avait des ateliers dans l'hôpital, ou si on leur permettait de recevoir de l'ouvrage du dehors, comme ils changeraient vite d'aspect, lorsqu'ils seraient assurés de trouver à leur sortie une somme même minime, qui leur assurerait pour le lendemain du pain pour manger et un abri pour dormir.

Ce serait une excellente mesure, fort rationnelle, et qui pourrait être simultanément appliquée dans quantité de services hospitaliers. Durant bien des convalescences, pendant le repos forcé des suites de couches, où les journées sont si longues, dans les accidents chirurgicaux qui laissent l'usage des membres à peu près intact on pourrait utiliser la bonne volonté des sujets laborieux, hommes ou femmes, qui seraient enchantés de pouvoir s'occuper et gagner quelques piécettes. Il n'y a pas que des paresseux dans les hôpitaux, il y a surtout de pauvres ouvriers, des domestiques, des mères de famille, qui ont commencé par épuiser leur modeste pécule, avant d'avoir recours à l'assistance publique et qui ne sont nullement rassurés sur l'avenir en sortant de l'hôpital : leurs ressources sont épuisées ; ils ont souvent perdu leur place pendant leur absence et il se passe quelquefois bien du temps avant qu'ils puissent retrouver une occupation rémunératrice.

Ce serait une affaire d'humanité qui de les aider à parer aux mauvais jours, au chômage forcé. Il ne s'agirait pas, bien entendu, de leur donner des travaux pénibles, mais des ouvrages qui ne demandent pas d'apprentissage, que l'on exécute

breux ouvriers qui manipulent journellement cette subtance courent de sérieux dangers.

Lorsque Girard et de Laire introduisirent dans la pratique industrielle le mode d'obtention de la fuchsine consistant à oxyder « l'aniline pour rouge » avec l'acide arsénique, des accidents arsénicaux éclatèrent dans les usines. La fuchsine n'était point la coupable, l'acide arsénique servant à sa préparation était cause de tout le mal. Depuis quelques années la fabrication de la fuchsine s'effectue par le procédé Coupier, c'est-à-dire sans intervention d'arsenic à l'aide simplement de la nitrobenzine.

Une enquête faite à l'usine de M. Durand à Saint-Fons a révélé l'existence d'un homme de 61 ans qui est employé depuis vingt-neuf ans à tamiser le chlorhydrate de rosaniline ou fuchsine. Lorsque ce sel sort des cristallisoirs il se présente sous forme de cristaux de grosseur variable. Le tamisage consiste à séparer ces cristaux pour en faire des lots, appréciés diversement par le commerce. Pendant huit heures par jour, sauf le dimanche et les jours de fête, cet ouvrier pas se la fuchsine au tamis. Cette opération jette dans l'atmosphère une multitude de petits cristaux verdâtres qui constellent ses vêtements, ses cheveux, sa peau, qui pénètrent dans la bouche, se dissolvent dans la salive et sont introduits de cette sorte dans le tube digestif. La langue de l'ouvrier, examinée au moment de son travail, est absolument rouge de fuchsine.

Or, pendant ces vingt-neuf années, qu'il s'agisse de fuchsine faite à l'arsenic ou autrement, cet homme n'a jamais été un instant malade. Il est vrai que même la fuchsine fabriquée par l'acide arsénique était livrée au tamisage après des cristallisations qui la purifiaient et lui enlevaient l'arsenic. Ce côté industriel de la question explique le manque d'accidents en même temps qu'il prouve que la fuchsine n'est évidemment pas toxique par elle-même. La soif est le seul phénomène observé, mais il se trouve chez tous les ouvriers qui travaillent dans la poussière. Dans les usines de chaux en particulier le fait est courant.

En résumé l'homme étudié par M. Cazeneuve ingérait quotidiennement, depuis vingt-neuf ans, de la fuchsine en quantité qu'on peut évaluer à un ou deux décigrammes par jour sans en être incommodé.

Si on réfléchit qu'un milligramme de cette subtance peut colorer en rose un kilogramme de sucre, l'hygiéniste, sans aucun scrupule, peut accorder un blanc seing à l'emploi de la fuchsine pure pour colorer les articles de confiserie. Et c'est comme falsificateur et non comme empoisonneur que devra être poursuivi le marchand qui aura introduit de la fuchsine dans son vin.

Un nouveau principe de stérilisation de l'eau potable.

M. le professeur *Cornil* a lu à l'Académie un important mémoire dans lequel MM. V. et A. Babès, de Bucharest, préconisent un nouveau procédé très pratique pour stériliser l'eau potable dans les villes et dans les ménages. Ces auteurs rejettent l'emploi des filtres au grès, au charbon, à la porcelaine, et se servent du principe de la précipitation des germes et particules solides en suspension dans l'eau. Pour arriver à ce résultat, ils font passer l'eau dans des appareils, contenant de la limaille de fer, en contact avec un courant d'air. Ils obtiennent ainsi une grande quantité d'eau stérile, qu'ils laissent se déposer pendant vingt-quatre heures. Après ce temps, cette eau est décantée par une sorte de niveau ; elle ne contient que fort peu de microbes (*de 0 à 20 par cc.*), tandis qu'avant le passage sur la limaille de fer, elle en renfermait de 1200 à 1300 par c. c. Cette eau est un peu acide et d'un goût agréable. Avec l'alun, on obtient des résultats analogues.

Pour les besoins des ménages, il suffit, d'après

---

presque à première vue, comme cela se pratique du reste dans les prisons et ailleurs. — Les aptitudes de chacun pourraient être utilisées ; mais, en thèse générale, les ouvrages d'aiguille et de couture, le crochet et le tricotage, etc., conviendraient à la plupart des femmes.

Les hommes s'accommoderaient naturellement d'une besogne plus absorbante.

Il y a certainement plusieurs grandes maisons de commerce, qui se prêteraient à cette œuvre philanthropique ; leurs directeurs que l'on trouve à la tête de toutes les bonnes œuvres ne laisseraient pas perdre l'occasion de faire une bonne action, si on frappait à leur porte. — Le contrôle serait exécuté par les gardes ou les religieuses des services, sous l'œil bienveillant de l'assistance publique, qui, n'ayant aucun bénéfice en vue, ne saurait porter ombrage aux fabricants et aux bazars de la capitale. — Du reste, les commerçants de tout ordre sont beaucoup moins intéressants que mes protégés et le souci de leur déplaire, de provoquer leurs doléances mercantiles, ne saurait peser d'une once dans la balance, en face des lourdes infortunes et de la misère souvent imméritée, pour lesquelles j'invoque la pitié universelle. — Le conseil municipal a souvent souscrit de grosses sommes pour des besoins moins justifiés.

On a raconté que quantité de jeunes femmes, pour peu qu'elles fussent passables, étaient accaparées par le vice parisien, à leur sortie de l'hôpital, après avoir subi l'influence, durant leur internement, des vieilles et ignobles racoleuses qui leur ont donné de mauvais conseils. De pareilles choses ne se produiraient pas, si ces infortunées, femmes de chambre et cuisinières sans emploi, demoiselles de magasin, modistes et couturières, déjà chancelantes et mi-tombées, avaient de quoi attendre, de quoi se loger, manger et payer le bureau de placement. Mais que voulez-vous qu'elles deviennent, lorsqu'elles sont absolument sans ressources ? Elles ne peuvent que sombrer, et chacune d'elles, lorsqu'elle est perdue, ne saurait plus être retrouvée.

Le patronage de l'assistance publique ne devrait pas être fini, lorsque l'exeat de la guérison a été signé ; elle devrait continuer à veiller sur les filles du peuple, les aider même à se caser, à entrer en place. — Elle y gagnerait sans contredit, car les rechutes seraient moins fréquentes et les bureaux d'admission moins encombrés.

Les hommes, de leur côté, n'iraient pas coucher sous les ponts, dans les terrains vagues, partout enfin où se donnent rendez-vous, les misérables sans asile ; ils ne contracteraient pas de nouvelles

ce procédé, d'un appareil très simple pour obtenir une eau stérile et tout à fait claire.

Un vase en zinc ou en verre d'une capacité de 10 à 40 litres ayant la forme d'un ballon, posé sur un piédestal en bois, est percé à sa base d'un orifice dans lequel on introduit un bouchon de caoutchouc que traverse un tube en verre, muni d'un robinet. Le vase est rempli d'eau. On y ajoute 1 gr. 50 d'alun en poudre par 10 litres. On secoue fortement le vase, ou bien on agite l'eau à l'aide d'une planchette trouée, ou mieux d'un appareil rotatoire ; on recouvre ensuite le vase d'un couvercle en fer-blanc. Après dix-huit à vingt heures, on tire l'eau par le robinet (il est bon de ne pas employer le premier demi-litre qui passe).

Pour vider le vase, on agite l'appareil et l'on donne ensuite issue, par un orifice latéral, à l'eau qui reste.

L'eau peut être clarifiée, dans cet appareil, de la même manière par le sulfate de fer ou la craie en poudre.

Dans les deux premiers essais, l'eau est restée stérile pendant trois à six jours.

En mettant dans un cylindre de verre, long de 60 centimètres, de l'eau additionnée de 0,3 d'alun par litre, qu'on laisse reposer pendant 24 heures, on peut observer dans quelles couches se trouvent les bactéries. A la surface, il y avait environ 50 bactéries par centimètre cube, tandis qu'au-dessous, à 10, 20, 30, 40 et 50 centimètres de profondeur, il n'y avait plus de germes. Ce résultat s'est maintenu pendant 4 jours.

Il était naturel de penser que, dans ces procédés par l'alun, le carbonate de chaux et le sulfate de fer, le sédiment de l'eau, après son repos, contiendrait un très grand nombre de germes. C'est le contraire qui a lieu : quand l'eau traitée contenait 1.500 bactéries par centimètre cube, le sédiment ne renfermait que 20 à 100 germes vivants, Au contraire, le dépôt de l'eau non traitée en contenait environ 6,000 par centimètre cube.

Beaucoup de bactéries sont donc tuées dans l'opération. Mais on ne sait par quel résultat ce procédé a été obtenu.

Dans ces dernières années, on a profité de la précipitation par le fer pour faciliter la filtration de l'eau par le sable ; la couche précipitée de fer oxydé retient une partie des microbes de l'eau, mais l'eau filtrée par cette couche n'en contient pas moins des microbes et de plus l'eau devient trouble après la filtration par le sable. Or, le fait que l'eau traitée simplement par le fer et décantée simplement ensuite, devient stérile, dispense de toute filtration ultérieure. Cette dernière opération infecte l'eau, la rend trouble et lui enlève l'acide carbonique.

Si l'on fait passer tout d'abord un courant lent (un litre par cinq minutes) dans une colonne de un mètre, de limaille de fer renfermée dans un long tube de verre, l'eau qui sort devient claire après quelques heures et ne renferme pas de microbes après un repos de 18, 24 et 48 heures, pourvu qu'on laisse fonctionner l'appareil pendant un jour avant de l'utiliser. Tel est le procédé qui peut être appliqué aussi bien pour les usages domestiques que pour l'alimentation d'une ville.

L'hystérie chez les nouveau-nés

Les maladies des nouveau-nés, mises sur le compte de la dentition, sont purement et simplement des maladies nerveuses.

Ce sont des manifestations de l'hystérie. C'est du moins l'opinion que M. *Magitot* a soutenue à l'Académie à l'occasion d'une communication de M. Chaumier, de Tours et de M. Ollivier. M. Magitot fait remarquer que le terme « l'hystérie chez les nouveau-nés » n'est qu'une nouvelle étiquette donnée à une grande catégorie d'accidents de la première dentition, les accidents convulsifs ou l'éclampsie.

Rappelant ensuite ses recherches personnelles sur les « maladies dites de dentition » chez l'hom-

---

maladies, dans l'espace de quelques jours, et ne subiraient pas surtout l'affreuse promiscuité de ce milieu interlope, où l'on coudoie tout ce que la fange humaine a enfanté de plus hideux. C'est là où le vol et le crime se combinent, s'élaborent, et ce serait une affaire de prévoyance, en faveur de la sécurité générale, que d'empêcher ces dangereux conciliabules.

On ne cesse de demander des bras pour l'agriculture et l'industrie, des citoyens pour la défense de la patrie ; on nous crie que la natalité continue à baisser et que nous sommes menacés de descendre à un rang tout à fait inférieur, par rapport aux autres nations : raison de plus pour protéger les petits et les humbles, pour permettre à cette parturiente annuelle, qui sort de la maternité, d'élever non seulement son dernier poupon, mais ceux qu'elle a laissés en guenilles dans la froide mansarde. — Raison de plus pour tendre une main secourable au père de ce troupeau de gueux dont la résistance a été moins forte que la bonne volonté et qui va rentrer les mains vides, dans le triste logis.

Hâtez-vous de leur donner une arme contre le désespoir et la mort, puisqu'ils sont encore disposés à porter leur fardeau.

Certes, la charité est inépuisable à Paris et il existe déjà de nombreuses associations, chargées de remédier à ces pénibles situations ; mais leurs ressources sont encore insuffisantes pour parer aux innombrables misères, qu'il est urgent d'atténuer. Et puis, on ne doit jamais s'arrêter dans la voie du bien, tant qu'il reste quelque chose à faire.

— Le projet que je signale a de quoi tenter quelques-unes de ces âmes supérieures, qui, dans la haute bourgeoisie, comme dans la noblesse, cachent leurs bienfaits avec une délicate pudeur. Il existe là des saints et des saintes inconnus, véritables trésoriers de Dieu sur la terre, secourant les malades, soutenant les œuvres méritoires, avec une abnégation sans égale. Rien ne saurait lasser leur foi, atténuer leurs espérances ou décourager leur charité.

On ne peut que parler avec un attendrissement respectueux de ces cœurs d'élite, qui, n'ayant jamais connu un besoin, se prennent pourtant à songer aux déshérités, qu'ils n'ont jamais vus et se sentent attirés par leur infortune même, cette infortune qu'ils n'ont pas à redouter, qui ne les attend pas.

C'est à ces nobles créatures plus près du ciel que de la terre où nous rampons, que je laisserai le soin d'organiser un programme et de toucher

me ; puis la thèse d'un de ses élèves, M. Lévêque ; les études de M. Comby, médecin des hôpitaux de Paris ; celles de plusieurs autres auteurs modernes, M. Chaumier et M. Ollivier lui-même, etc., il entreprend le procès à fond de cette interprétation purement empirique, qui rattache à la première dentition le plus grand nombre des maladies de l'enfance en vertu d'une croyance qui s'est transmise depuis les temps hippocratiques jusqu'à nos jours. Cette croyance, entretenue par de grandes autorités, celle de Hunter, Sydenham et tous les classiques, est passée ainsi à l'état de légende. Les conclusions de M. Magitot, en tous points conformes à celles du rapport de M. Ollivier, se terminent par le vœu « que les maladies dites de la dentition chez l'homme disparaissent définitivement du cadre de la nosologie médicale ».

Allaitement des nouveau-nés.

M. *Budin* : On sait que, pendant les deux ou trois premiers jours, le nouveau-né perd de son poids et qu'ensuite, s'il est bien allaité, il augmente. Dans mon service de la Charité, je donne aux enfants, pendant ces trois premiers jours, du lait stérilisé pour remplacer ou compléter l'allaitement maternel ; puis, si la mère a du lait, elle donne seule à téter. Si elle n'a pas de lait en quantité suffisante, on ajoute du lait stérilisé ; si elle n'a pas de lait du tout, on nourrit l'enfant exclusivement au lait de vache. Du 1er avril au 28 juin 1892, nous avons ainsi pu examiner trois catégories d'enfants, nourris soit avec l'allaitement maternel, soit avec l'allaitement mixte, soit avec l'allaitement artificiel.

« Sur 89 nouveau-nés exclusivement nourris par leur mère à partir du troisième jour, l'augmentation de poids a été en moyenne de 28 gr. 17 par jour.

« Sur 91 enfants ayant eu l'allaitement mixte (sein de la mère et lait stérilisé suivant la méthode de Sohxlet), l'augmentation moyenne a été de 18 gr. 16 à partir du deuxième jour.

« Sur 11 enfants exclusivement allaités artificiellement, l'accroissement journalier a été de 14 gr. 24.

« Au total, pour ces 191 enfants, l'augmentation de poids a été de 22 gr. 59 par jour.

« Au point de vue de l'influence du mode d'alimentation sur le tube digestif, on a observé 6 cas de diarrhée sur les 89 enfants nourris au sein, 7 sur les 91 soumis à l'allaitement mixte et aucun sur les 11 enfants élevés avec l'allaitement artificiel. Tous ces accidents ont été sans gravité et les enfants ont guéri assez rapidement.

« Le lait stérilisé dont nous avons fait usage a toujours été obtenu à l'aide du procédé de Sohxlet : chaque matin on stérilise la quantité nécessaire pour les 24 heures ; aucune bouteille n'est laissée en vidange. Le lait est donné pur, sans y ajouter la plus petite quantité d'eau. On dit que la caséine du lait de vache se coagule en formant dans l'estomac de gros caillots qui peuvent être cause de troubles digestifs ; or, sous l'influence d'une température voisine de 100 degrés, cette caséine paraît subir des modifications qui en facilitent la digestion ; elle forme de petits grumeaux au lieu de se prendre en masse ; ce fait explique la digestibilité du lait stérilisé.

« Les résultats ci-dessus sont favorables à l'usage de ce lait, pourvu qu'il soit surveillé attentivement, car il s'altère assez facilement, si l'on n'a pas soin de s'assurer de la propreté des vases et de le maintenir à l'abri de l'air à l'aide d'appareils appropriés, très simples.

« Les enfants sur lesquels nous l'avons expérimenté ne sont restés que de dix à douze jours, exceptionnellement vingt jours à l'hôpital. Les résultats auraient ils été aussi favorables sur des enfants de 6, 8, 10 et 12 mois ? Nous nous proposons de le rechercher, ainsi que sur les enfants venus avant terme et en état de faiblesse congénitale et sur les enfants si peu développés qu'ils ne tettent pas. Ajoutons qu'en tout cas l'alimentation au lait stérilisé, quelque avantageuse

---

au but, que je ne puis que signaler à leur attention, après avoir posé quelques jalons : On peut en effet trouver des bases dans ce qui se passe dans divers orphelinats, dans la maison des jeunes repenties volontaires, qui est installée à Clichy, hors des fortifications, à l'entrée de la rue du Landy, dans un ancien pavillon de chasse de Louis XIV : Les pensionnaires travaillent d'ordinaire à la couture ; on paye tout par pièce ; il y a aussi un atelier de brodeuses.

Dans les longues galeries claustrales des jeunes aveugles, il y a des ateliers de tourneurs en bois, de faiseurs de filets, de tisseurs de paille ; on y fabrique des brosses variées de forme et d'usage, etc.

A la petite Roquette, les plus jeunes détenus effilochent de la vieille grosse toile ; à l'orphelinat d'Auteuil, il y a des tailleurs, des cordonniers, des imprimeurs.

Il serait facile d'avoir des renseignements précis dans les établissements suivants :

1o L'œuvre de l'hospitalité et du travail des femmes, 39 rue d'Auteuil, où les assistées peuvent rester trois mois, de façon à avoir le temps de réunir un petit pécule qui les aide à sortir d'embarras.

2o L'œuvre du refuge de Sainte-Anne à Chatillon-sous-Bagneux, rue de Paris, no 17.

3o L'orphelinat spécial pour les garçons, 37, rue des Carrières et Avenue de la République, 84, à Vincennes.

4o L'abeille travailleuse, œuvre des layettes, 2, rue Affre.

5o L'ouvroir et l'asile combiné des petites filles abandonnées, 4, avenue Flachat, à Asnières.

6o L'œuvre de Marie Auxiliatrice, 17, rue de la Tour-d'Auvergne et rue de Maubeuge, 25, où on reçoit les institutrices et les jeunes ouvrières.

7o L'assistance par le travail, 34, rue du Colysée : Vêtements pour les pauvres à un prix peu élevé et travail pour les ouvrières indigentes.

....

Je pourrais encore citer d'autres maisons ; mais cette énumération suffira, je pense, pour édifier les personnes, auxquelles je faisais tout à l'heure appel et qui ont le pouvoir de consoler : avec la religion de la souffrance, elles ont des raisons de vivre et d'agir !

Dr Grellety (de Vichy).

qu'elle soit dans certains cas, ne saurait jamais remplacer l'allaitement au sein. »

MÉDECINE PRATIQUE

Spléno-pneumonie de Grancher. (Congestion pulmonaire pseudo-pleurétique).

La *spléno-pneumonie*, décrite, en 1883, par M. Grancher comme une entité morbide, est, personne ne l'ignore, une affection, ou plutôt un syndrome, pouvant compliquer diverses affections, et reproduisant le début, les signes physiques et les caractères généraux de la pleurésie avec épanchement, sans qu'il y ait de liquide dans la plèvre. M. le professeur Grancher a eu le mérite de bien faire ressortir qu'il y a là un ensemble de symptômes qui semblent rendre certain le diagnostic de pleurésie, alors qu'il s'agit d'une forme spéciale de congestion pulmonaire, où la plèvre est peu ou pas touchée.

Cependant, avant lui, Woillez avait attiré l'attention sur des faits analogues, appelés par lui *congestion pulmonaire simple* et M. le professeur Potain, avait cité, sous le nom de *pleuro-congestion*, des faits de congestion pleuro-pulmonaire avec couche mince de liquide, en imposant pour un gros épanchement ; et ces cas ne nous semblent pas devoir être différenciés de la spléno-pneumonie de Grancher.

Depuis la communication de M. Grancher, cette question a été l'objet d'un certain nombre de travaux, parmi lesquels nous ne pouvons passer sous silence l'intéressante étude qui en a été faite par M. Le Gendre en 1888 dans le nº 27 du *Concours medical*. Mais toutes ces études ont eu pour base un nombre assez restreint d'observations, puisque dans une Revue de M. Queyrat, parue le 18 juin dernier dans la *Gazette des hôpitaux*, le nombre des faits connus jusqu'à ce jour n'est porté qu'à vingt-sept. En plus de ces cas, nous en connaissons quatre autres : trois appartiennent à M. Barth, notre excellent maître, et sont cités dans une de ses cliniques de l'hôpital Broussais, et le quatrième a été l'objet d'une leçon de M. Rendu à Necker.

En raison du petit nombre de cas de spléno-pneumonie observés par chaque clinicien, les opinions sur ce point sont encore assez variables : les uns veulent y voir une affection nettement définie et prétendent exclure du cadre les affections pseudo-pleurétiques qui ne rentrent pas absolument dans la description de Grancher ; les autres, au contraire, et avec raison, croyons-nous, élargissent le cadre, et donnent le nom de spléno-pneumonie à tous les cas de congestion pulmonaire aiguë ou subaiguë, où l'on trouve *le souffle doux, la matité, l'abolition des vibrations thoraciques, l'égophonie, sans qu'il y ait d'épanchement.*

Sans entrer dans le détail de ces discussions, nous avons l'intention de tracer un simple tableau clinique, et de montrer que si le diagnostic est parfois très difficile, il est des cas, peut-être plus nombreux qu'on ne croit, où l'erreur de diagnostic peut être évitée. Voici d'abord l'observation de M. Rendu, où le diagnostic ne fut posé qu'après le résultat négatif de la ponction.

La malade (car c'est une femme, chose assez rarement observée jusqu'ici) est jeune, vigoureuse, et fut bien portante jusqu'en 1887 où elle eut un rhumatisme articulaire aigu ayant duré 3 mois. Cette fois sa maladie débute par une angine avec courbature et fièvre, qui est suivie d'une nouvelle attaque de rhumatisme articulaire aigu, avec érythème ; le salicylate de soude fait céder rapidement toutes les manifestations articulaires et cutanées. Mais alors survient une douleur dans le côté gauche avec gêne respiratoire : rien à l'auscultation.

Le lendemain, la douleur était passée à droite, et on constatait une poussée fluxionnaire congestive : matité, souffle tubaire, bronchophonie, pectoriloquie aphone. Mouvement fébrile très accentué ; la température est d'environ 39º.

Ces phénomènes pouvaient s'interpréter comme pneumonie franche ou comme congestion pulmonaire ; cette dernière hypothèse semblait la plus probable.

Le lendemain, on entendit des petits frottements avec douleur plus intense ; la fièvre était à 38º.

Les jours suivants, dyspnée moindre, signes pulmonaires atténués, mais signes de pleurésie avec épanchement léger. *Une ponction exploratrice ne donna issue à aucune espèce de liquide.*

Quelques jours après, œdème de la paroi thoracique faisant supposer une pleurésie purulente ; *on fait une nouvelle ponction* en deux points différents ; et le *résultat négatif montre qu'il s'agissait de phénomènes de spléno-pneumonie.*

Deux jours après, troisième tentative, sèche également.

La maladie évolue lentement ; et cinq semaines après le début de la spléno-pneumonie, les phénomènes étaient les suivants :

Pas de fièvre, pas de toux, mais de la dyspnée quand la malade se lève.

De l'angle de l'omoplate aux dernières côtes, matité absolue ; vibrations supprimées, mais d'une façon graduelle ; souffle aux deux temps de la respiration, lointain, voilé, ressemblant au souffle pleurétique, quand l'épanchement n'est pas considérable. Bronchophonie et un peu d'égophonie, organes adjacents non déplacés ; le foie n'est pas abaissé. Au sommet du poumon, sonorité et vibrations thoraciques augmentées, respiration à peu près normale.

Rien ailleurs.

De cet ensemble symptomatique, si l'on ne connaissait pas l'évolution de la maladie et le résultat des ponctions, on pourrait croire à l'existence d'une pleurésie subaiguë, avec épanchement moyen.

C'est un cas intéressant de spléno-pneumonie secondaire ; mais l'observation n'est pas suffisamment détaillée pour qu'on puisse juger si le diagnostic eût été possible au premier abord ; et la conclusion de M. Rendu, dans sa leçon, que « *le seul signe certain est le résultat négatif de la ponction* », serait assez décourageante, si elle n'était infirmée par d'autres observations où le diagnostic fut nettement posé dès le début de l'affection : en effet, dans la pratique médicale courante, surtout à la campagne, on ne fait pas facilement accepter une ponction exploratrice destinée à éclairer le diagnostic.

En opposition avec ce cas, voici les observations de M. Barth, où le diagnostic de spléno-pneumonie fut posé dès le premier examen.

Le premier cas est celui d'un homme de 42 ans, vigoureux, habituellement bien portant. Deux

jours avant son entrée, il eut un refroidissement, des frissons, de la dyspnée, mais *pas de point de côté* ; quelques crachats striés de sang.

A son entrée à l'hôpital, il n'a plus de fièvre ; mais il offre de la toux, de la gêne de la respiration, des crachats gommeux opaques.

Le poumon présente les signes suivants : En avant il y a peu de chose. En arrière, à gauche, dans la moitié inférieure, il y a une *matité* considérable, complète en bas, incomplète en haut, du *souffle tubaire doux* aux deux temps, quelques *râles fins* dans les grandes inspirations.

Les *vibrations thoraciques sont abolies en partie* en haut, et le sont *complètement* en bas ; il y a de l'*égophonie* imparfaite à la partie externe de la fosse sous-épineuse, plus bas de la *pectoriloquie aphone*. A droite, les signes sont moins accentués, mais analogues ; il y a de la submatité dans le tiers inférieur, du souffle en dehors, dans la ligne axillaire, de l'affaiblissement des vibrations thoraciques, un peu de laryngo-égophonie et de pectoriloquie aphone ; on entend des petits râles fins jusqu'en bas.

Le malade était envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de pleurésie. Et effectivement la plupart des signes étaient en faveur de ce diagnostic.

Mais quelques symptômes ne s'accordaient pas avec cette idée : il n'y avait *pas eu de point de côté* ; dès le début s'était montrée une *toux non sèche*, puis une *expectoration abondante et gommeuse* ; le cœur n'était pas déplacé, et il n'y avait *pas de matité dans l'espace de Traube* ; on ne trouvait *pas de déplacement de l'épanchement*, en faisant varier la position ; les phénomènes s'étaient montrés des deux côtés et enfin, en faisant tousser le malade, on sentait de *petits râles fins*, révélant le voisinage du poumon.

La conclusion fut que le malade n'était pas atteint de pleurésie, mais offrait des symptômes de spléno-pneumonie.

Trois jours après, les symptômes étaient modifiés entièrement : à la base gauche, la zone de matité est incomplète et peu étendue, le souffle a disparu et les râles sont obtenus facilement ; à droite il n'y a ni matité, ni souffle.

Il y a quinze jours que la maladie a débuté, et, depuis, l'amélioration s'est confirmée, les signes d'engoûment à gauche diminuent ; l'état général est bon.

La seconde observation est celle d'un homme de 60 ans, robuste, qui présenta des symptômes de fièvre catarrhale. Puis survint de la toux, fréquente, avec gêne thoracique ; à la base du poumon droit on entendait des râles fins très nombreux, en même temps que la percussion dénotait une diminution de la sonorité.

Le lendemain il y avait peu de fièvre, mais on constatait à la base droite de la *matité*, étendue dans le tiers inférieur, un *souffle tubaire doux* aux deux temps de la respiration, n'étant accompagné d'aucun râle dans la respiration ordinaire, du *retentissement égophonique* de la voix dans l'aisselle, de la *pectoriloquie aphone* ; enfin les *vibrations étaient abolies* en partie.

Tous ces symptômes concordaient avec l'existence d'un épanchement pleurétique.

Mais il n'y avait *pas de point de côté*, ni cette sensibilité particulière à la région diaphragmatique qui accompagne ordinairement une pleurésie développée rapidement, et on entendait des *râles fins* dans les grandes inspirations.

Les jours suivants, les signes s'accentuèrent, mais en même temps du côté gauche se manifestaient des symptômes analogues, moins accusés.

Au bout de trois semaines, tout était rentré dans l'ordre, sans qu'on eût perçu de frottements pleurétiques.

Le troisième cas est celui d'une femme de 45 ans, tuberculeuse au 2e degré qui, à la suite d'un refroidissement, présenta des symptômes analogues aux précédents : un peu de fièvre, dyspnée sans point de côté, mais de la gêne thoracique, assez marquée ; l'expectoration se composait de crachats gommeux, collants.

A la base gauche, il y avait des râles fins nombreux, et une diminution de la sonorité.

Deux jours après, la matité dans le tiers inférieur du poumon gauche était complète, les vibrations étaient abolies, on entendait un souffle tubaire doux intense ; mais le cœur n'était pas déplacé, l'espace de Traube avait conservé sa sonorité, et dans les grandes inspirations, dans la toux, on entendait des râles fins ; la dyspnée était modérée.

La marche a été moins rapide que précédemment : pendant près d'un mois, il y eut persistance des mêmes signes, avec de légères variations ; puis les symptômes s'atténuèrent. Il resta dans certains points des râles humides révélant la présence de tubercules, dans cette partie où il n'en existait pas auparavant.

Ces trois observations sont très instructives et très nettes : grâce à l'examen détaillé des malades, le diagnostic a pu être posé dès le début. C'est un point dont l'importance n'échappera à personne, notamment au point de vue du pronostic ; car dans la pleurésie, surtout gauche, la mort subite n'est pas une chose rare ; le médecin doit toujours y songer ; et il est intéressant d'être rassuré sur ce point, puisque la spléno-pneumonie guérit le plus souvent, et qu'on n'a jamais constaté la mort subite dans les cas où la terminaison a été fatale.

A ces quatre observations nous désirons ajouter une observation personnelle.

Elle concerne un homme de 55 ans, qui eut, l'hiver dernier, l'influenza avec dépression du système digestif et fut longtemps à se remettre. Son état général resta d'ailleurs assez médiocre ; et comme il ne put se résigner à suivre un régime alimentaire sévère, ses digestions devinrent très mauvaises, il se fit des fermentations stomacales et intestinales ; et c'est probablement à une intoxication d'origine intestinale, qu'il faut rattacher des conclusions épileptiformes qui le prirent il y a environ six semaines.

Quelques jours après, il se plaignait d'un point de côté à droite, pas très intense, et l'auscultation permettait de constater de la submatité à la base droite et une diminution du murmure vésiculaire.

Les jours suivants, on constatait des frottements pleurétiques, une matité s'étendant dans la moitié inférieure droite, en arrière, et une diminution des vibrations thoraciques ; en même temps paraissait une toux quinteuse, avec expectoration gommeuse, adhérente. La dyspnée était peu prononcée. En même temps, on entendait un souffle tubaire, doux, de la bronchophonie, de la pectoriloquie aphone ; et le diagnostic de pleurésie parut certain.

Cependant la matité ne dépassait pas la ligne

axillaire sur laquelle on retrouvait une sonorité et une respiration normales, ce qui était peu conciliable avec l'hypothèse d'un épanchement moyen, chez un homme n'ayant eu aucune affection pulmonaire antérieure. Malgré les diverses positions prises par le malade, la ligne axillaire gardait la même sonorité.

Quelques jours après, la paroi thoracique présentait un petit gonflement œdémateux, et craignant une pleurésie purulente nous fîmes, d'accord avec M. le Dr Boyer, parent du malade, une ponction exploratrice qui ne donna aucun résultat.

Au bout d'une douzaine de jours le souffle doux disparut, mais il persistait de la bronchophonie, de la pectoriloquie aphone, de la matité ; et il survenait des râles fins très nombreux.

L'expectoration, très abondante, était toujours d'apparence gommeuse et adhérente.

Nous avions eu affaire à une congestion pulmonaire ayant simulé une pleurésie avec épanchement ; mais dans notre cas, comme dans celui de M. Rendu, la plèvre avait été légèrement touchée, puisque nous avions constaté les frottements pleuraux.

Les signes locaux sont restés stationnaires pendant environ six semaines. Il n'y avait pas de fièvre le matin, et tous les soirs vers 3 heures, 4 heures de l'après-midi, la fièvre montait à 38°, 38°5, 39° et au-dessus, atteignant parfois 40°, sans que le malade en eût conscience, sans qu'il ressentît aucun malaise, aucune gêne, étant même très surpris que le thermomètre atteignît plus de 37°. La langue restait saburrale ; et c'est avec beaucoup de peine qu'il pouvait absorber dans le courant de la journée deux litres de lait.

Ce n'est qu'au bout de six semaines que la fièvre tomba complètement, en même temps que des changements survenaient dans les symptômes pulmonaires ; la matité faisait place à de la submatité ; le doigt retrouvait un peu de l'élasticité pulmonaire ; les râles devenaient plus abondants, la respiration plus nette ; la toux, seul symptôme fatigant, était toujours aussi pénible, et l'expectoration toujours abondante. Voici environ deux mois que la maladie a débuté, et nous ne croyons pas que notre malade soit rétabli avant un à deux mois d'ici.

Nous avons cru devoir rapporter assez longuement cette observation, d'abord pour qu'il ne pût subsister aucun doute sur le diagnostic, et parce qu'elle est un exemple de cette résolution extrêmement lente des symptômes locaux qui a été signalée par la plupart des observateurs. Nous y reviendrons d'ailleurs plus tard, à propos de l'évolution et du diagnostic de la spléno-pneumonie.

(*A suivre*). Dr Hervouet.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La protection de la santé publique.

Dans le projet de loi présenté par le Gouvernement, plusieurs articles intéressent au plus haut point le corps médical. C'est d'abord l'article 7 qui est ainsi conçu :

La déclaration à l'autorité publique de tout cas de maladie endémo-épidémique est obligatoire dans un délai de 24 heures pour tout docteur, officier de santé ou sage-femme qui en a constaté l'existence ou, à défaut, pour le chef de la famille ou les personnes qui soignent les malades.

La liste de ces maladies est dressée par arrêté du ministre de l'Intérieur, sur avis conforme de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Article qu'il convient de rapprocher des articles 16 et 22 de la loi sur l'exercice de la médecine votée par Sénat :

Art. 16. Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sous son observation et visées dans le paragraphe suivant.

La liste des maladies épidémiques, dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel, sera dressée par arrêté du Ministre de l'Intérieur après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Le même arrêté fixera le mode de déclaration des dites maladies.

Art. 22. Le docteur en médecine ou l'officier de santé qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 16 sera puni d'une amende de 50 à 200 francs.

Le commentaire du projet de loi rappelle que l'article 13 de la loi du 3 mars 1822 impose *à toute personne ayant connaissance d'un cas de maladie pestilentielle d'en faire la déclaration à l'autorité publique* et ajoute que cette obligation ne saurait être regardée comme moins nécessaire pour la variole, la fièvre typhoïde et la diphthérie, que pour la peste, la fièvre jaune et le choléra qui en somme, font beaucoup moins de victimes.

Les arguments invoqués sont nombreux pour justifier la nécessité d'une déclaration à l'autorité, et certes, moins que personne, les médecins ne récuseront ces arguments. La question qui se pose n'est pas là : il s'agit de déterminer à quelles personnes doit incomber l'obligation de la déclaration.

Le projet dit : *au médecin ou à défaut à la famille*, pourquoi ne pas retourner les termes et dire : à la famille ou à défaut au médecin ? N'est-ce pas ce qui existe pour les déclarations de naissance à l'état civil ?

Des tentatives locales peuvent être citées :

Le 28 mai 1889, le maire de Lyon prenait l'arrêté suivant :

Les parents ou autres personnes ayant garde de malades atteints d'affections contagieuses épidémiques et infectieuses, et notamment de la variole, de la diphthérie, angine diphthéritique et croup, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, etc..., sont tenus d'en faire la déclaration à la mairie de leur arrondissement ou au commissaire de police du quartier.

Le 22 juin 1890, le maire de Grenoble prenait une décision semblable :

Les parents, logeurs ou autres personnes ayant garde de malades atteints de maladies contagieuses, épidémiques, et infectieuses, et notamment de la diphthérie (ou croup, angine couenneuse), de la variole (ou petite vérole), de la rougeole, de la scarlatine de la coqueluche, de la fièvre typhoïde, du choléra, sont tenus d'en faire la déclaration à la mairie (Bureau d'hygiène) ou au commissariat de police de leur quartier, dans le plus bref délai.

Plus récemment (mai 1892), le maire d'Orléans arrêtait :

Les parents ou autres personnes ayant la garde de malades atteints d'affections contagieuses, épi-

démiques et infectieuses, et notamment de la variole et de la varioloïde, de la diphthérie (angine diphthérique et croup), de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, de la suette miliaire, du choléra, de la rougeole, de la tuberculose, de la coqueluche, de la dysenterie épidémique sont tenus d'en faire la déclaration à la mairie (commissariat central) ou au commissariat de police de leur quartier.

Des arrêtés de ce genre, et il en existe d'autres sans doute, ne sont-ils pas suffisants ? ne remplissent ils pas la condition essentielle d'une prophylaxie efficace, c'est-à-dire l'information rapide et sûre des cas de maladies épidémiques ?

On objecte que les municipalités ne peuvent s'appuyer sur la jurisprudence pour assurer l'exécution de semblables dispositions — soit ! Mais la loi peut rendre la chose obligatoire pour toutes les communes, et c'est là précisément ce que tous nous demandons.

Quel avantage peut-on trouver à charger tout d'abord le médecin de la déclaration ? Nous ne le voyons guère; mais, par contre, les inconvénients abondent.

Sans doute, s'il ne s'agissait que de la corvée matérielle qui lui incombera, de l'ennui ou de la perte de temps qu'il en pourra éprouver, il n'y aurait pas lieu de s'arrêter ; mais il y a pour le médecin des intérêts pécuniaires et moraux dont on paraît se soucier médiocrement.

Pense-t-on qu'il ne pourra éprouver aucune difficulté sérieuse avec personne s'il dénonce la présence dans un hôtel, dans une maison, même dans une famille d'un cas de maladie infectieuse ? Il n'est pas bon de placer toujours un homme entre son intérêt et son devoir : qui pourrait jurer que le devoir l'emportera toujours ? D'autant mieux que ce devoir sera toujours considéré par le médecin comme très relatif en présence d'un autre devoir autrement absolu, celui du secret professionnel.

La loi pourra dire qu'elle relève le médecin de ce secret professionnel dans certains cas déterminés — mais ne sont-ce pas là précisément des cas qui ne relèvent que de la conscience du médecin ? Et peut-on soutenir que, si sa conscience lui commande le silence alors que la loi lui ordonne de parler, le médecin aura tort d'obéir à sa conscience ?

Le secret professionnel est-il d'ailleurs une chose qu'il soit possible d'entamer impunément ? et n'est ce-pas le supprimer tout à fait que de le diminuer si peu soit-il ?

Comment ! des avocats pourront protester — et une Cour d'Appel leur donnera raison — parce que des documents concernant un criminel seront saisis chez l'un d'eux, et le médecin sera condamné parce qu'il aura gardé le silence au sujet d'un client malade !

Ah ! sans doute, il faut que les convenances personnelles, les intérêts ou les privilèges professionnels cèdent devant l'intérêt public : *salus populi suprema lex esto* — mais lorsque la santé générale peut être sauvegardée d'une manière tout aussi rapide et efficace par la déclaration du chef de famille ou du logeur, nous ne voyons pas, en vérité, quelle raison supérieure on peut invoquer pour toucher à ce secret professionnel du médecin devant lequel tous jusqu'ici se sont inclinés, car ils le savaient plus nécessaire aux malades, c'est-à-dire à tous, qu'au médecin lui-même.

La vérité en tout ceci, c'est que certains caresseraient, dit-on, le rêve de fonctionnariser le corps médical : une armée de médecins obéissant au doigt et à l'œil, quel spectacle !

N'est-ce pas d'ailleurs la même tendance qui a inspiré la rédaction de l'article II ?

Cet article est ainsi conçu :

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique, *l'exercice de la médecine* et de la pharmacie, les eaux minérales, sur lesquelles il est consulté par le gouvernement.

Il est nécessairement consulté sur les travaux publics soit d'amenée d'alimentation, soit d'assainissement.

Qu'il s'agisse d'hygiène, de prophylaxie, d'assainissement ou d'amenée d'eau, nous n'avons rien à dire — la chose va de soi.

Mais en quoi l'exercice de la médecine peut-il bien relever du Conseil d'hygiène ? car il faut bien le remarquer, le projet dit *exercice de la médecine* et non pas *médecine publique*.

Il ne se peut agir de l'appréciation d'un traitement. — Nous ne voyons pas quelle peut être l'autorité, en pareille matière, du Directeur du commerce intérieur au Ministère du Commerce ou celle du Directeur de l'Instruction primaire ou Ministère de l'Instruction publique, membres de droit de ce Conseil.

S'agira-t-il d'examiner la valeur des titres présentés par un étranger ? — Cela regarde la Faculté de Médecine ou le Conseil des Facultés.

S'agira-t-il de faits d'exercice illégal ? — C'est affaire aux Tribunaux et non au Conseil d'Hygiène.

Nous nous demandions donc avec perplexité quelles pouvaient bien être ces questions médicales sur lesquelles le Conseil pouvait être appelé à délibérer quand un entrefilet paru dans un journal est venu nous éclairer.

Le comité consultatif d'Hygiène publique de France a, paraît il, entendu, ces jours derniers, la lecture d'un rapport de M. le Dr A. J. Martin sur le projet de M. le Dr Surmay (de Ham), tendant à la création d'un Ordre des Médecins.

Ainsi, c'est une sorte de Conseil supérieur de la Médecine qu'on veut créer, comme on a créé, au conseil supérieur de l'Agriculture, un conseil supérieur de l'Instruction publique, etc..., etc...

L'idée de cette création mérite incontestablement d'être étudiée et peut être féconde. Mais nous ne saurions trop protester dès maintenant contre l'attribution faite au conseil d'Hygiène absolument incompétent, des fonctions de ce conseil supérieur.

Quand on voudra créer un conseil supérieur de la médecine, il faudra s'adresser à des médecins et non pas seulement à ceux dont les horizons s'étendent de l'Arc de Triomphe à la Place de la République, non pas seulement aux médecins des grandes villes de province, il faudra ne pas oublier les médecins, non moins dignes et non moins éclairés sur les choses de la médecine, qui exercent dans les campagnes.

Le savoir du professeur X... n'est contesté par personne ; il ne saurait cependant être universel et gagnerait, lorsqu'il s'agit de questions professionnelles, à être en contact avec l'expérience, plus terre à terre peut-être, de tel confrère qui exerce dans une bourgade de 1500 habitants.

Nous le répéterons encore, les médecins n'ont pas l'habitude de se récuser lorsqu'il s'agit du

bien public, lorsqu'on fait appel à leur dévouement bien connu. — Qu'on leur laisse donc cette indépendance qui constitue le bénéfice le plus net de leur profession et reste la suprême garantie pour le public !

Nous ignorons l'accueil que pourront faire les Chambres au projet de loi sur la santé publique, mais nous connaissons des lois qui jamais n'ont pu être appliquées ; ne sommes-nous pas autorisés à dire que le sort de la loi future dépendra du concours que pourront lui prêter les médecins et que, si elle est pour eux vexatoire et oppressive, elle restera dans les cartons et finira par être oubliée de ceux mêmes qui auront le devoir de veiller à son application ?

Dr GASSOT.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de la Vallée de la Meuse.

Réunion du 26 juin.

Présents : MM. Bonnet, Boyron, Carion, Chuquet, Gignac, Hamaide de Fumay, d'Hôtel de Poix, d'Hotel de Charleville, Leroy, Maquart de Braux, Pillière, Pitoux, Renson, Rousseau, Sejournet, Toussaint, Vassal.

Excusés : MM. Benit, Beugnies, Chatelin, Ducleau, Prévost, Speckhahn, Trévelot.

Le Président Dr Carion ouvre la séance à 3 heures et donne lecture de deux lettres qui lui ont été adressées par :

1° Le Dr Prévost de Renviez, qui, ayant été sollicité par la municipalité des Mazures pour être médecin de cette commune moyennant 1,000 fr. par an, à charge par lui de se rendre deux fois par semaine dans la localité et de ne réclamer ces jours-là que 1 fr. par visite, demande s'il lui est possible d'accepter cette offre.

Après discussion, il est entendu qu'avant de répondre au Dr Prévost le président prendra l'avis des confrères qui pourraient être lésés par son acceptation.

2° Le Dr Renson, de Monthermé, qui réclame l'appui du syndicat contre une société ardoisière en liquidation et son directeur, qui ne lui ont pas payé ses honoraires.

Il est décidé à l'unanimité qu'à la reprise des travaux de cette ardoisière aucun médecin ne devra donner des soins ni aux ouvriers blessés, ni au directeur ou à sa famille, tant que le confrère n'aura pas été désintéressé et qu'un droit de priorité lui sera acquis au cas où, après l'avoir soldé, la Société ardoisière voudrait s'adresser à un autre médecin pour les soins à donner ultérieurement à ses blessés. — Le Dr Renson est en outre autorisé à exercer contre ces débiteurs, à ses risques et périls, telles poursuites qu'il jugera convenables.

Le secrétaire donne ensuite lecture d'une lettre de M. Brouardel et de deux lettres de M. de Fourmestreaux concernant les médecins frontières. La réponse du secrétaire à ces lettres est entièrement approuvée.

Une nouvelle discussion s'engage à propos des compagnies d'assurances-accident. Afin de pouvoir résoudre enfin cette question, le Président demande que chaque membre du syndicat veuille bien lui envoyer dans la huitaine : 1° les noms des compagnies d'assurances-accidents avec lesquelles il est en rapport, ainsi que les noms des industriels assurés.

2° Le genre de traités qu'il a avec ces compagnies, s'il doit seulement fournir les certificats de blessure et de guérison ou s'il est en même temps chargé des soins et à quelles conditions dans les deux cas.

La loi sur l'assistance médicale venant modifier les conditions dans lesquelles a été élaboré, l'année dernière, notre projet d'organisation du service médical gratuit, il est convenu que ce projet d'organisation du service médical gratuit, sera revisé sur les bases suivantes : les médecins réclameront pour ce service à l'Etat, au département et à la commune le prix intégral du tarif minimum du syndicat 3e catégorie, à moins que pour obtenir certains avantages l'Etat ne se décide à exonérer les médecins de la patente et de l'impôt sur les voitures.

Il serait en effet absurde que pour épargner aux riches quelques centimes additionnels les médecins supportassent plus qu'eux l'impôt du pauvre.

Pour bien s'entendre à ce sujet, il est décidé que quatre commissions étudieront la question et feront part de leurs observations au bureau pour le 1er août.

Ces commissions sont composées de la façon suivante :

1° Commission de Rimogne. — Drs Chuquet, Hamaide de Rocroi, Maquart d'Auvillers, Prévost, Speckhahn — Président Desplons.

2° Commission de Givet. — Drs Benit, Leroy, Pitoux, Hamaide de Fumay, Sejournet — Président Beugnies.

3° Commission de Braux. — Drs Rousseau, Boyron, de Fisson, Gignac, Renson — Président Maquart de Braux.

4° Commission de Charleville. — Drs Am. Stein, Bonnet, Carion, Ducleau, d'Hotel de Poix, d'Hotel de Charleville, Pillière, Toussaint, Trévelot, Vassal — Président Chatelin.

Les commissions se réuniront sur les indications des présidents. Les rapports devront être adressés, pour le 1er août, au Dr Carion.

Syndicat médical de la Seine.

Les statuts ont été autorisés le 17 juin 1891 par la pièce ci-jointe que nous reproduisons à titre de renseignement par d'autres syndicats.

Syndicat de la Seine. Autorisation préfectorale.

Nous, Préfet de Police,

Vu la demande à nous adressée, le 21 avril 1891, par les personnes dont les noms et adresses figurent sur la liste ci-jointe, demande ayant pour but d'obtenir l'autorisation nécessaire à la constitution régulière d'une Association fondée à Paris sous la dénomination de :

Association Syndicale Professionnelle des Médecins de la Seine ;

Vu les Statuts de l'Association annexés au présent arrêté ;

Vu l'article 291 du Code pénal et la loi du [illegible] avril 1884 sur les associations ;

ARRÊTONS :

ARTICLE PREMIER. — L'Association organisée à Paris sous la dénomination d'*Association Syndi*

cale Professionnelle des Médecins de la Seine, est autorisée à se constituer et fonctionner régulièrement.

Art. 2. — Les membres de l'Associatio devront se conformer strictement aux conditions suivantes :

1° Justifier du présent arrêté au Commissaire de police du quartier sur lequel auront lieu les réunions ;

2° Faire connaître à la Préfecture de police, au moins cinq jours à l'avance, le local, le jour et l'heure des réunions générales ;

3° N'y admettre que les membres de la Société et ne s'y occuper, sous quelque prétexte que ce soit, d'aucun objet étranger au but indiqué dans les Statuts, sous peine de suspension ou de dissolution immédiate ;

4° Nous adresser, chaque année, une liste contenant les noms, prénoms, professions et domiciles des sociétaires ; la désignation des membres du Bureau, sans préjudice des documents spéciaux que la Société doit également fournir chaque année sur le mouvement de son personnel et sur sa situation financière.

Art. 3. — En cas de modifications aux Statuts annexés au présent arrêté, l'Association devra demander de nouveau à la Préfecture de police l'autorisation prescrite par l'article 291 du Code pénal.

Fait à Paris, le 17 juin 1891.

Le Secrétaire-Général, Le Préfet de Police,
Signé : SOINOURY *Signé* : H. LOZÉ

STATUTS.

Nous en indiquons seulement les articles essentiels.

Article premier.

Il est établi entre tous les médecins de la Seine qui adhéreront aux présents statuts, sous la dénomination de « **Association Syndicale Professionnelle des Médecins de la Seine** » une Société qui a pour but de défendre les intérêts moraux et matériels de ses membres et de la profession.

Art. 2

L'Association syndicale a plus spécialement pour but :

1° D'apprendre aux médecins à se connaître et à se protéger mutuellement ;

2° De résoudre, si possible, les conflits qui peuvent surgir entre confrères ;

3° De venir en aide à ses membres et de se concerter pour la poursuite de l'exercice illégal de la médecine ;

4° En un mot, de chercher la solution pratique de toutes les questions ayant trait à la défense des intérêts professionnels et à l'exercice de la Médecine publique.

Art. 3 (1).

Tout Médecin qui désirera faire partie de l'Association syndicale devra en faire la demande au Conseil d'administration et *être présenté par deux membres*. L'admission définitive sera confirmée par un vote de l'Assemblée générale à la majorité des membres présents et au scrutin secret.

(1) Ce qui est écrit en italique aux articles 3, 7, 8, 10 et 11 indique les modifications apportées aux statuts. Ces modifications sont soumises en ce moment à l'approbation de M. le Préfet de Police.

Le candidat devra être Français ou naturalisé Français, titulaire d'un diplôme de Docteur en médecine ou d'Officier de santé et jouir de ses droits civils et politiques.

Art. 4.

Chaque adhérent s'engage à verser :

1° Un droit d'entrée de **3 francs** ;

2° Et une cotisation annuelle de **15 francs**, payable dans les deux premiers mois de l'année.

Cette cotisation sera due en totalité pour l'année dans le cours de laquelle aura lieu l'admission.

A défaut de paiement, le Sociétaire cessera de participer aux avantages jusqu'à paiement de la somme arriérée.

Art. 7.

L'Association est administrée par un Conseil composé d'un Président, d'un Vice-Président, d'un Secrétaire-Général, *de deux Secrétaires des séances, d'un Trésorier et de quatre Membres*.

Chacun des membres du Conseil devra être choisi parmi les membres de l'Association. Il sera nommé pour un an, en Réunion générale, à la majorité absolue des membres présents et au scrutin secret. Les membres sont rééligibles.

Art. 8.

Une Réunion générale a lieu chaque année dans le courant de *novembre*. En cas d'urgence, le Conseil pourra provoquer une Réunion générale, pour un fait imprévu ou de nature grave. De même, si le quart des membres en fait la demande, le Conseil devra, dans le délai d'un mois, convoquer une Assemblée générale.

Art. 10.

Le Conseil d'administration est chargé de veiller à l'intérêt de l'Association et à l'exécution des Statuts. Il sera à la disposition des Sociétaires pour leur donner les avis qu'ils pourront demander sur leurs affaires personnelles.

Il devra se réunir le 20 de chaque mois, et tout Sociétaire aura le droit d'assister à la Réunion sans y avoir voix délibérative. *Si le 20 tombe un dimanche ou un jour férié, la réunion sera reportée au lendemain.*

Art. 11.

Le Secrétaire-*Général est chargé d'expédier les convocations et de tenir la correspondance. Les Secrétaires des séances devront rédiger et conserver les procès-verbaux. Le Trésorier percevra les cotisations et les droits d'entrée.* Il pourra être autorisé à conserver dans sa caisse une somme qui sera déterminée chaque année par l'Assemblée générale de *novembre*. Le reste des fonds devra être déposé dans une banque ou caisse publique.

Art. 13.

La seule pénalité est la radiation avec mention des motifs au procès-verbal.

Paris, le 23 Mars 1891.

Pour copie conforme :
Le Secrétaire,
Dr LAUNAY, 41, rue Beauregard.

Vu :
Le Président du Conseil d'Administration,
Dr LE BARON, 4, rue de Lille.

Suit la liste des adhérents que nous avons publiée, n° 11.

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la Presse médicale. — *Procès-verbal de la réunion du 8 juillet* 1892. — Le 3e dîner pour l'année 1892, de l'*Association de la Presse médicale* a eu lieu le vendredi 18 juillet 1892, au restaurant Marguery. 18 membres étaient présents à la réunion, que présidait M. Cornil.

M. de Ranse, syndic, s'était excusé.

La séance a été occupée à peu près tout entière par la discussion des candidatures posées. Ont été admis à l'unanimité :

M. le Dr Topinard, directeur de l'*Anthropologie*.

M. le docteur Meyer, directeur de la *Revue générale d'Oculistique*.

M. le Dr Leblond, directeur des *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*.

M. le Dr Joffroy, secrétaire du Comité pour l'érection d'un buste à Duchenne, de Boulogne, a demandé à l'Association de vouloir bien prendre part à la souscription qui a été ouverte. L'Association a voté une somme de *cent* francs.

Différentes questions relatives aux billets à prix réduits délivrés par les Cies de chemins de fer aux membres de l'Association ont été agitées. La solution en a été renvoyée à un prochain dîner.

Le Secrétaire : Marcel Baudouin.

— M. le Dr Jueneau (de Nolay), membre du Concours médical, vient d'être élu député de la circonscription de Beaune.

— *Distinctions honorifiques.* — Par décret du 16 juillet 1892, M. le Dr Boëll, à Baugé, membre du Concours médical, a été nommé chevalier du mérite agricole.

— *Election à l'Académie.* — L'Académie de Médecine vient de nommer M. Grancher membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique par 45 suffrages contre 27 donnés à M. Aug. Voisin.

— La commission de répartition des fonds du pari mutuel, présidée par M. Develle a accordé des subventions à diverses œuvres de bienfaisance, entre autres :

Pour la construction, à la clinique nationale des Quinze-Vingts, d'un pavillon d'isolement destiné au traitement de l'ophtalmie purulente, et pour la création d'ateliers à l'école Braille, 400,000 francs. Pour la construction d'un nouvel hôpital à Montbéliard, 50,000 francs. — Pour la reconstruction à Laforce (Dordogne), de l'asile de Betheoda, destiné aux femmes idiotes et infirmes, 50.000 francs. — Pour la création, à Bagnères-de-Luchon, d'un hôpital national, destiné à recevoir les indigents de tous les départements, 100,000 francs. — Pour la construction d'un nouvel hôpital à la Tour-du-Pin, 40,000 francs. — Pour la création d'un nouveau pavillon à l'hôpital maritime de Pen-Bron (Loire-Inférieure), 40,000 francs.

— Les médecins, qui désirent expérimenter l'injection des liquides organiques, doivent s'adresser à M. d'Arsonval, au Laboratoire de Médecine du collège de France, qui dans l'intérêt de la science, livrera ces liquides à titre entièrement gratuit, tant que durera la période des essais.

Seulement, le médecin devra faire la demande lui-même en envoyant sa carte de visite et l'histoire du malade qui va être traité ; il est, de plus, prié, pour les frais de correspondance de joindre à sa demande deux timbres de 15 centimes.

— *La loi militaire et les étudiants.* — Le Sénat vient d'adopter une proposition de loi, votée précédemment par la Chambre des députés, qui permet aux étudiants en médecine, et à tous les étudiants remplissant l'une des conditions fixées par l'article 23, de faire leur année de service militaire avant l'âge de 21 ans.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3735. — M. le Dr A. Lorentz, 68, rue de Strasbourg, au Havre (Seine-Inférieure), présenté par M. le Directeur.

N° 3736. — M. le Dr Vasseur, au Portel (Pas-de-Calais), présenté par M. le Dr Ad. Filliette.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le Dr Derevoge, de Gesté (Maine-et-Loire), membre du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

En dehors du **« Guide pratique général des Sciences Médicales »,** dont le supplément pour 1892 *vient de paraître* (Prix : **4** fr. *franco* pour MM. les membres du Concours médical), nous signalons les bons livres pratiques suivants :

BUREAU (Dr), professeur agrégé d'accouchement. — **Guide pratique d'accouchement,** conduite à tenir pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couche. Bel in-8 de 420 pages, avec figures. — Prix : **6** francs.

Le Dr Bureau a su réunir en un manuel portatif l'exposé critique des meilleures méthodes de traitement usitées en obstétrique et, pour présenter la thérapeutique la plus rationnelle, il a rappelé brièvement, à propos de chaque cas particulier, les principaux caractères cliniques. Les médecins qui font des accouchements, les sages-femmes, les étudiants trouveront exposés dans le **Guide pratique d'accouchement** les notions pratiques indispensables pour diriger leur conduite dans tous les accouchements, simples ou compliqués. Un nombre suffisant de bonnes figures accompagnent le texte.

BARATOUX (J.). — **Guide pratique pour l'examen des maladies du larynx, du nez et des oreilles.** Grand in-18, 334 pages, avec 181 figures dans le texte et un atlas de 186 figures. — Prix : **6** francs.

Ce manuel, fort complet, est destiné aux médecins et aux étudiants qui désirent s'occuper spécialement des maladies des oreilles, du nez, de la gorge et du larynx.

Ils y trouveront exposés avec une grande clarté les méthodes d'examen utiles pour établir le diagnostic de ces affections, et les principaux modes de traitement employés contre elles.

Une illustration très abondante et très soignée met sous les yeux du lecteur les nombreux instruments d'otoscopie, de rhinoscopie et de laryngoscopie qui ont été recommandés par les spécialistes de tous les pays. X.

TROUSSEAU (Dr A.), médecin de la Clinique Nationale des Quinze-Vingts. — **Guide pratique pour le choix des lunettes.** In-8 raisin de 80 pages environ. — Prix : **1 fr. 50.**

Quelques pages d'une utilité pratique incontestable. Les considérations théoriques et ses calculs en sont soigneusement écartés, ce qui rend la lecture singulièrement facile. En quelques lignes l'auteur étudie les différents vices de la réfraction et nous indique les moyens d'y remédier. Style clair, précis et à la portée de tous, aussi utile aux gens du monde qu'au médecin.

JOUIN (Dr J.), ancien interne des hôpitaux de Paris, secrétaire annuel de la Société obstétricale et gynécologique de Paris. — **Des différents types de métrite,** leur traitement, avec une préface de M. Péan, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. In-18 carré de 400 pages. — Prix : **6** fr.

Extrait de la table des matières. — Pathologie. — Symptomatologie. — Indications thérapeutiques de l'endométrite tuberculeuse chronique. — De la métrite blennorrhagique. — Blennorrhagie chez la femme. — Anomalies utérines et inflammation. — Maladies utérines et inflammation. — Thérapeutique de l'inflammation de l'utérus considérée dans toutes ses manifestations. — Traitement des métrites par la méthode des bâtonnets. — Thérapeutiques des fibrômes de l'utérus. — Lésions amenant une modification dans la statique de l'utérus. — Stérilité. — Traitement de la stérilité. — Fécondation artificielle. — Prophylaxie des métrites. — Hygiène de la femme. — Le Dr Jouin, praticien expérimenté, a su, on le voit, rester dans le domaine des faits démontrés et prendre pour devise la maxime : *Avant tout, guérir.*

Ces 4 volumes *franco* contre mandat-poste de leur valeur respective diminuée de 20 %.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Séances du Conseil de Direction

Le Conseil s'est réuni, à deux reprises, le 20 mai et le 26 juillet. Etaient présents aux deux séances, MM. *Gassot*, *Maurat* et le *Directeur du Concours*. Absent et excusé, M. le Dr *Gibert*.

Le Conseil s'est occupé, dans ces deux séances, de la solution à donner à de nombreuses affaires courantes. Il a fait procéder ensuite à l'achat de 1° une obligation de la ville de Paris 1886, libérée, n° 367.458, au prix de 403 fr. 2° Une obligation communale 1879 libérée, n°. 817.305, au prix de 486 fr. Soit une somme de 889 fr. pour emploi de fonds appartenant au capital inaliénable de la Société civile.

Une obligation foncière 1879, n° 905,277 sortie au tirage, a été remboursée à 498 fr. 50 et remplacée par l'achat d'une pareille obligation n° 481.887 au prix de 476 fr. 50.

Un cinquième d'obligation communale 100 fr. 3 % 1860, n° 512.800 sortie au tirage et remboursée à 98 fr. 47, a été remplacée par l'achat d'une pareille obligation n° 6.170, au prix de 104 fr.

Le Conseil a décidé qu'environ 400 fr. de fonds de la caisse de prévoyance, disponibles seraient employés en achat de valeurs.

Il s'est occupé ensuite du dépôt des titres appartenant à la Société civile et à la Caisse de prévoyance. Prenant pour exemple la *Caisse des retraites du Corps médical Français*, il a décidé que les titres dont il s'agit, déposés jusqu'à ce jour, *au nom du Directeur*, seraient retirés et déposés, au nom de la *Société du Concours médical* et ne pourraient être retirés des caisses de la *Société générale* que sur la signature de trois au moins des membres du Conseil de Direction en exercice au moment du retrait ; cette mesure a été prise en vue d'éviter des droits de succession, en cas de décès du déposant.

Le Conseil s'est occupé de la *loi sur l'exercice de la médecine* ; de la *Caisse des pensions de retraite* ; des *statuts de l'Union des Syndicats* ; de la question *indemnité de maladie* ; de la réponse à faire à la veuve d'un membre du Concours qui adresse une *demande de secours* ; des démarches à faire auprès de la Commission de *Révision des patentes* ; de la nécessité qu'il y aurait de convoquer à l'*Assemblée générale de novembre*, les *délégués des Syndicats* adhérents et non adhérents à l'Union, pour décider diverses questions importantes.

La prochaine séance du Conseil de Direction a été fixée au 1er ou 2e jeudi de septembre.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le choléra de 1892.

Depuis notre dernier article sur le choléra, la situation est restée stationnaire à Paris comme dans la banlieue. Paris est très peu atteint ; les cas y sont isolés. La banlieue Ouest et Nord au contraire ne peut pas se débarrasser de l'infection, qui l'a envahie et qui cause, tous les jours, dans les différentes communes réunies, une vingtaine de décès.

M. *Netter* a entrepris, sur les cas de choléra et de diarrhée cholériforme observés, d'importantes recherches bactériologiques dont voici les conclusions :

1° Chez les cholériques de la banlieue ouest de Paris, on trouve d'une façon constante dans les selles et dans le contenu intestinal un bacille-virgule qui présente une analogie fort grande avec le bacille-virgule isolé par Koch dans le choléra de Calcutta et retrouvé depuis, en différents points.

Cet organisme, le plus ordinairement, prend cependant quelques traits permettant de le différencier du bacille ordinaire de laboratoire. Il est plus court, plus gros, plus trapu, plus courbe. Il forme des spirilles moins longues et moins nombreuses, donne plus rapidement naissance à une

bulle dans la gélatine au pancréas et coagule assez vite le lait.

Ces caractères sont communs aux bacilles de 1892 et à un microbe isolé dans des cas de choléra de Cochinchine par M. le docteur Calmette. Si le microbe de 1892 peut être distingué de celui de Calcutta, il n'en présente donc pas moins une identité complète, au moins jusqu'à présent, avec une variété provenant de sujets affectés de choléra manifestement asiatique.

On est tenté d'attribuer les différences précitées à ce fait que le bacille conservé depuis longtemps dans les laboratoires a dû subir des modifications notables du fait de sa vie à l'état de saprophyte.

Mais cette explication ne saurait être conservée, puisque, dans des cas rares, il est vrai, du choléra de la banlieue, M. Netter a trouvé des bacilles-virgules rappelant beaucoup plus l'ensemble des caractères connus de l'espèce indienne de Koch. On sait, du reste, que Cunningham, à Calcutta, a cru devoir distinguer jusqu'à dix variétés de bacille-virgule du choléra, dont aucun, du reste, n'est absolument identique à celle isolée dans le plus grand nombre des cas de la banlieue.

2° En même temps que le choléra vrai, imputable au bacille-virgule, il existe une proportion considérable de diarrhées cholériformes, absolument indépendantes de ce microbe.

Ces diarrhées cholériformes peuvent déterminer la mort. Elles peuvent atteindre simultanément ou successivement plusieurs personnes habitant la même maison.

L'examen bactériologique dans ces cas a révélé la présence de diverses espèces microbiennes : bacterium coli, bacille encapsulé, streptocoque pyogène, etc.

Ces diarrhées cholériformes ont été observées dans les localités où règne l'épidémie cholérique ; mais elles ont un domaine beaucoup plus étendu et sont très fréquentes à Paris et dans toute la banlieue de Paris.

M. Netter n'a observé jusqu'ici, dans Paris, que des cas de diarrhée cholériforme sans relation avec le bacille-virgule ; les cas dits parisiens, de choléra vrai, avaient tous été contractés dans la banlieue.

Sans nier la possibilité de cas de choléra vrai gagné à Paris, M. Netter affirme n'en avoir pas observé jusqu'ici et qu'en tous cas, ils doivent être fort rares.

La plupart des cas signalés se rapportent à des diarrhées cholériformes, qui ne sont pas causées par le bacille-virgule.

Les cas de choléra vrai à bacille-virgule qui ont été observés à Paris ont été généralement contractés dans la banlieue. Quelques-uns sont dus à la contagion directe émanant de personnes qui ont elles-mêmes contracté le choléra dans la zone suspecte. D'autres peuvent être attribués à la fréquentation de personnes saines, mais ayant rapporté le germe de la banlieue.

Il faut encore tenir compte de la possibilité du transport par les légumes, les fruits, les objets inertes, etc.

L'opposition qui existe entre Paris et la banlieue s'explique par ce fait que le véhicule habituel du contage, l'eau, ne renferme de bacilles-virgules que dans les conduites destinées à l'alimentation des communes situées en aval de Paris.

Il n'existe pas de bacilles-virgule dans l'eau distribuée à Paris, même dans les quartiers alimentés en eau de Seine.

Tel est l'avis des microbiologistes. Devons-nous le prendre pour un oracle ? Je ne crois pas. Une simple différence de forme de microbe suffit-elle pour nier l'identité de la diarrhée cholériforme et du choléra morbus, alors que les symptômes, que l'évolution clinique et la terminaison sont les mêmes ? Cela me paraît une subtilité exagérée. Prenons garde de ne pas retomber dans les ridicules discussions des médecins de Molière. Un malade a des vomissements, de la diarrhée continuelle, des crampes, de l'algidité, et succombe en quelques heures ; dans ses selles, le microscope et les cultures révèlent la présence de bacilles virgules ; il est mort du choléra asiatique. Un autre malade présente *exactement* les mêmes symptômes et meurt de la même façon. Les selles ne présentent que le bacterium coli commune ou le streptocoque ; il n'est mort que de la diarrhée cholériforme. Vraiment, où est l'intérêt de ces distinctions ? Si, au moins, on nous apprenait quel est l'antiseptique spécifique de chacune de ces variétés.

Le mieux est donc, de considérer toutes les diarrhées cholériformes mortelles comme des choléras vrais. La prophylaxie et le traitement sont les mêmes ; continuons à les appliquer rigoureusement, comme si le bacille virgule était seul coupable, aussi bien à Paris que dans la banlieue. D'ailleurs, nous pouvons être satisfaits de l'hygiène et de l'état sanitaire de Paris ; quoiqu'on prétende que le choléra y règne, jetons un coup d'œil sur notre prétendue rivale, Londres : d'après un correspondant de la *Revue de Clinique et de thérapeutique*, « qui a pris connaissance du » rapport de l'Office des asiles métropolitains, on » a hospitalisé durant la semaine qui vient de » finir l'énorme chiffre de 2,879 scarlatineux. Il » faut y ajouter un bon nombre de cas de fièvre » typhoïde. L'état sanitaire de Londres est donc » inférieur à celui de Paris, malgré l'épidémie » cholérique actuelle. Il est bon de le signaler au » moment où sur la rive anglaise du Détroit, on » insinue avec trop d'insistance, facile triomphe, » l'insalubrité du département de la Seine. »

Traitement de l'ongle incarné.

M. *Purckhauer* (de Bamberg) se sert, avec le plus grand succès, dans le traitement de l'ongle incarné, d'un procédé qui offre surtout, sur l'opération radicale telle qu'elle est pratiquée habituellement, le grand avantage de ne pas priver le malade, même pour un seul instant, de sa liberté d'action et de son aptitude au travail.

Il commence par badigeonner la partie de l'ongle qui doit être enlevée, avec une solution de potasse caustique à 40 %. Au bout de quelques secondes, la couche supérieure de l'ongle se ramollit et se laisse enlever « comme du beurre » par le raclage avec un fragment de verre à rebord tranchant, mais seulement avec le verre. On continue les badigeonnages à la potasse et le raclage, jusqu'à ce qu'il ne reste plus de cette partie de l'ongle qu'une lame mince comme une feuille de papier qu'on saisit avec une pince pour la soulever par le bord, au-dessus des parties molles tuméfiées qui la recouvrent et l'exciser au moyen des ciseaux fins.

Ceci fait, le malade est guéri, sans avoir perdu une goutte de sang, ni ressenti la moindre douleur, et il peut immédiatement vaquer à ses affaires, car aucun traitement consécutif n'est nécessaire. Et si plus tard, lorsque l'ongle aura repoussé, la douleur réapparaissait, il suffit, pour la supprimer, d'amincir de nouveau et par le même procédé la partie correspondante de l'ongle, sans l'exciser.

La médication stibiée dans le traitement de certaines formes de la tuberculose pulmonaire.

M. *Bucquoy*. — Parmi les médications qui trouvent leur emploi dans la phthisie pulmonaire, il en est une qui mérite de ne pas être oubliée, c'est la médication stibiée préconisée par Fonssagrives. Ce clinicien ne la donnait que dans les formes fébriles de la phthisie, à doses élevées et continues. Le seul point sur lequel je diffère avec lui, est la dose initiale que je trouve trop élevée, de sorte qu'au lieu de doses rasoriennes au début du traitement, je me contente de doses modérées, 0,10 à 0,15 centigr. de tartre stibié, doses qui permettent d'obtenir rapidement la tolérance. La médication stibiée fait merveille dans les cas où l'élément fébrile se manifeste, accidentellement ou d'une manière plus ou moins persistante, à une période plus ou moins avancée de la maladie. Elle fait encore bien dans la période de transition du premier au second degré, époque où s'observe le plus souvent l'état fébrile distinct de la fièvre hectique qu'il rappelle par plus d'un symptôme. Le traitement de Fonssagrives trouve encore son application dans la bronchite et la pleurésie suspectes.

En résumé, cette méthode trouve ses indications surtout dans les périodes peu avancées de la phthisie et lorsque l'état fébrile répond à des poussées congestives plus ou moins étendues et accidentelles. Un foyer de ramollissement à l'un des sommets, pourvu qu'il soit circonscrit, une broncho-pneumonie limitée, ne sont pas des contre-indications. Toutefois, il est évident que les chances de succès seront d'autant moindres que la lésion sera plus étendue et plus avancée et l'état général moins satisfaisant.

Du traitement abortif des bubons d'après la méthode de Welander.

M. le docteur Welander, médecin de l'hôpital Saint-Göron à Stockholm, a fait connaître un traitement abortif des bubons grâce auquel il a obtenu 91 % de guérisons dans les cas où ce traitement a pu être institué avant qu'une suppuration franche de la tumeur n'ait eu le temps de se produire.

La méthode du médecin suédois consiste à injecter dans l'épaisseur du bubon une seringue de Pravaz entière d'une solution de benzoate de mercure à 1 % et d'appliquer ensuite un bandage compressif. Une seule injection a suffi dans la majorité des cas traités par M. Welander pour faire avorter le bubon ; mais parfois il a dû, pour obtenir ce résultat, pratiquer une deuxième injection.

Un confrère russe, M. le docteur L. Létnik, médecin de la section vénérienne de l'hôpital urbain d'Odessa, vient d'essayer le traitement de Welander chez 140 malades atteints de bubons. Les résultats qu'ils en a obtenus sont tout aussi favorables que ceux de l'auteur de la méthode. En effet, dans 122 cas, c'est-à-dire chez plus de 87 % de ses malades, M. Létnik a obtenu la résolution complète du bubon. Chez les 18 autres malades il fut obligé d'inciser la tumeur, mais c'étaient tous des cas dans lesquels la suppuration s'était déjà franchement établie lorsque le traitement par la méthode de Welander avait été institué.

Le manuel opératoire de notre confrère était le suivant : Après avoir soigneusement désinfecté la région inguinale, M. Létnik injectait dans le ganglion tuméfié une seringue de Pravaz entière de la solution à 1 0/0 de benzoate de mercure, soit 0 gr. 01 centigr. de ce sel. Après l'injection, il appliquait sur le bubon un bandage compressif (composé d'ouate et d'une bande de toile) qu'on renouvelait une à deux fois dans les vingt-quatre heures. Le malade devait observer le repos le plus complet pendant toute la durée du traitement. Immédiatement après l'injection, il se produisait au niveau de la piqûre et à son pourtour une douleur cuisante qui s'éteignait peu à peu en l'espace de huit à douze heures. Le soir et le lendemain du jour de l'injection les malades ressentaient habituellement un peu de céphalalgie et accusaient une élévation de température de 1° et plus. Localement on constatait une réaction inflammatoire se manifestant par un excès de chaleur et de la rougeur ; puis ces phénomènes s'amendaient, et le bubon diminuait progressivement de volume pour disparaître dans la majorité des cas au bout de sept à dix jours. Chez 12 malades seulement, la résolution complète de la tumeur ne se produisit qu'au bout de vingt jours. La durée moyenne de la cure a été d'un peu moins de 10. C'est, comme on le voit, un résultat qui peut être qualifié de brillant. Il fut obtenu chez la grande majorité des malades à la suite d'une seule injection, et ce n'est que dans quelques cas rares que M. Létnik se vit obligé de pratiquer une seconde injection à huit jours d'intervalle de la première.

Au cours de ses observations, notre confrère a pu se convaincre qu'il n'est pas du tout nécessaire de se servir de benzoate de mercure pour les injections dans les bubons, mais qu'on peut obtenir les mêmes résultats en injectant n'importe quel sel mercurique soluble, le bicyanure, le biiodure ou le bichlorure, toujours à la dose de 0 gr. 01 centigr.

M. Létnik croit que la méthode de Welander mériterait d'être essayée aussi à titre de traitement abortif dans les phlegmons aigus, les arthrites suppurées et les abcès consécutifs aux maladies infectieuses, lorsque le foyer morbide est accessible à l'injection et à la compression par un bandage et lorsque la suppuration est encore à son début.

(*Semaine Médicale.*)

De la manière de pratiquer les injections auriculaires.

M. le Dr *Baratoux* décrit de la manière suivante les précautions à prendre pour pratiquer avantageusement les injections auriculaires. On emploie de l'eau distillée préalablement bouillie et refroidie jusqu'à environ 30 degrés, c'est-à-dire que l'eau doit être un peu plus que tiède. Il y a un grand inconvénient à se servir d'eau froide, qui expose le malade aux inflammations aiguës, aux

syncopes et lipothymies, quand le liquide pénètre dans la caisse. Pour rendre la solution antiseptique, on ajoute environ deux cuillerées à café d'acide borique par demi-litre d'eau. On peut se servir de résorcine ou de sulfate de soude si la sécrétion est épaissie, car ce dernier sel a la propriété de dissoudre les substances, qui retiennent en lamelles les globules purulents. On doit rejeter l'emploi du lait, des huiles et des décoctions de guimauve, qui ont le grand désavantage de contenir des matières organiques séjournant dans le fond du conduit, et provoquant, par fermentation, de nouvelles irritations. Pour pratiquer une injection dans l'oreille, *il faut éviter de recourir à l'usage, si répandu, des petites seringues en verre ou des poires en caoutchouc terminées par un embout d'ivoire*, car elles ont l'inconvénient d'offrir une capacité insuffisante et de fonctionner d'une manière défectueuse. De plus l'embout arrondi des seringues de verre fermant l'oreille occasionne des désordres dans la caisse par suite de l'obstacle que rencontre l'eau pour sortir par le conduit.

Servez-vous d'une seringue en caoutchouc durci ou en métal, dont l'embout est court, de forme cylindrique et à pointe émoussée, il suffit qu'elle contienne environ 50 centimètres cubes. La tige du piston doit être garnie d'un anneau pour y placer le pouce. La vis qui fait couvercle porte deux anneaux, ou tout au moins un relief assez saillant pour que l'index et le médius puissent y prendre un point d'appui

Si le malade fait lui-même son injection, il se servira d'une seringue analogue, mais avec embout coudé.

On peut encore employer un petit ballon en caoutchouc dont l'extrémité allongée, de même matière, forme corps avec la partie renflée. Le ballon est d'une contenance de 30 centimètres cubes ; son tube, d'un diamètre de 2 millimètres, est souple et par conséquent ne blesse pas les parois du conduit. Avec cet instrument, le patient peut également faire l'injection lui-même.

Lorsqu'une personne fait l'injection à un malade, celui-ci, ayant passé une serviette autour de son cou pour ne pas se mouiller, maintient au-dessous de l'oreille soit un vase en verre, soit un plateau destiné à recevoir le liquide à mesure qu'il sort de l'oreille.

L'opérateur remplit la seringue, en évitant d'y laisser pénétrer de l'air qui, poussé violemment déterminerait alors un bruit désagréable, une gêne et même une douleur, lorsque l'air mélangé au liquide est chassé de l'instrument. Avec la main gauche il tire l'oreille du malade en haut et en arrière, afin de redresser le conduit, et introduit l'extrémité de la seringue à un centimètre environ dans le canal auditif, un peu obliquement de bas en haut, de manière que le jet vienne frapper la paroi supérieure du conduit, dans sa partie profonde.

L'injection doit être faite lentement et avec ménagement pour éviter de produire des vertiges ou de rompre la membrane quand elle est amincie ou devenue friable, ou pour éviter de produire des douleurs, qui peuvent aller jusqu'à la syncope.

Avec la poire en caoutchouc, il faut avoir soin de la vider d'un seul coup avec le doigt appliqué à l'extrémité de la partie renflée.

Lorsque le malade fait lui-même l'injection, il redresse le pavillon d'une main pendant qu'il fait l'injection de l'autre. Avec la poire en caoutchouc il lui sera facile de maintenir un vase au-dessous de l'oreille ; il évitera ainsi de se mouiller.

L'opération faite, on évacue complètement le conduit auditif du liquide qui pourrait y être contenu. Il suffit pour cela d'incliner fortement la tête du côté correspondant à celui sur lequel on vient d'opérer, et de sécher le conduit au moyen d'un léger cône d'ouate que l'on introduit dans le conduit. On peut encore rouler l'ouate sur une tige, une allumette en bois, par exemple, en ayant soin de laisser le coton dépasser l'extrémité de l'allumette de 6 à 10 millimètres de manière que l'ouate forme plumasseau. Puis on redresse le conduit et on engage l'ouate dans l'oreille en lui faisant exécuter un mouvement de vrille, de manière à ne pas déterminer de douleur qui se produirait si l'on arrivait brusquement au contact du tympan.

Après l'injection, pour éviter les refroidissements, il est prudent de placer un peu d'ouate, non dans la conque, mais dans le conduit ; on ne doit pas voir ce coton qui, de plus, ne doit pas être tassé en tampon ; au contraire, il faut étirer l'ouate de sorte qu'elle forme une mince couche ; on n'obstrue pas ainsi le conduit de façon à gêner l'audition.

Traitement du lupus par les injections sous-cutanées de chlorure de zinc.

Les résultats si favorables obtenus par M. le professeur *Lannelongue*, dans la tuberculose osseuse et articulaire par les injections profondes d'une solution de chlorure de zinc à 10 % ont suggéré à un médecin russe, M. le docteur J. Fedorow, l'idée d'un traitement du lupus par des injections hypodermiques de cette même solution, traitement qu'il a appliqué avec succès chez deux lupiques dont la maladie datait de plusieurs années.

Notre confrère procédait de la façon suivante :

Après avoir fait tomber les croûtes par l'application d'une compresse humide recouverte d'une étoffe imperméable, il desséchait le champ opératoire au moyen de coton hydrophile et l'insensibilisait autant que possible à l'aide de badigeonnages avec une solution de cocaïne à 5 %. Puis il pratiquait, au pourtour des ulcérations lupiques, des injections sous-cutanées d'une solution de chlorure de zinc à 10 %. En chaque point, il injectait la valeur d'un vingtième de la seringue de Pravaz, soit 0 gr. 005 milligr. de chlorure de zinc. Autour de chaque ulcération, il faisait, suivant les dimensions du foyer lupique, de deux à quatre injections semblables. Le nombre *maximum* des injections pratiquées en une seule séance a été de dix ; les intervalles entre les séances ont été de huit jours environ, pendant lesquels on appliquait sur la partie traitée un pansement glycériné.

L'injection de chlorure de zinc provoque une douleur cuisante intense, que les badigeonnages à la cocaïne rendent assez supportable. Les deux premiers jours on ne constate, après l'injection, aucune modification locale appréciable. Au troisième jour, les bords de l'ulcération se tuméfient et rougissent ; en même temps il se produit une élévation de la température locale, sans fièvre. Puis survient un développement rapide de bour-

geons charnus et l'ulcère se cicatrise au bout de quatorze à vingt jours. Sur le fond de quelques ulcérations on observe parfois, au quatrième jour après l'injection, une zone de tissu mortifié ; cette petite eschare gangréneuse tombe au bout de trois à quatre jours et cède la place aux bourgeons charnus.

Le premier malade de M. Fedorow reçut en tout vingt-sept injections en quatre séances et dans l'espace de vingt-huit jours. Au bout de ce temps toutes les ulcérations lupiques étaient cicatrisées, sauf une seule, de petite dimension, qui guérit cinq jours après sous l'emplâtre diachylon.

Dans le second cas, notre confrère pratiqua trente piqûres en quatre fois, en l'espace de trente-deux jours. Mais ce malade fut obligé d'interrompre le traitement avant que celui-ci n'eût donné un résultat complet. Cependant, lorsque six semaines après il revint trouver M. Fedorow, toutes ses plaies étaient cicatrisées, à l'exception d'une seule qui guérit en deux semaines, après deux injections de chlorure de zinc.

M. Fedorow croit qu'il aurait obtenu des résultats encore plus rapides s'il avait augmenté le nombre des injections. Mais, comme il s'agissait d'un traitement nouveau, il a préféré procéder avec précaution pour éviter les dangers d'une action générale du chlorure de zinc.

(*Semaine médicale*).

Médicaments qu'il ne faut pas associer à l'antipyrine.

L'acide phénique en solution concentrée précipite l'antipyrine ; cependant il est facile de rendre à la solution sa limpidité par l'addition d'une légère quantité d'alcool ou de glycérine.

Avec l'acide prussique ou cyanhydrique dilué, on a une coloration jaune ; cette réaction est cependant négligeable lorsqu'on emploie l'eau de laurier-cerise.

L'acide nitrique dilué donne à la solution une teinte jaune pâle, l'acide nitreux une coloration verte due à la production d'isonitritantipyrine.

Avec le tannin, il se forme un précipité blanc, insoluble ; il en est naturellement de même avec toutes les décoctions, infusions, extraits et teintures contenant du tannin.

Avec le nitrite d'amyle il se produit immédiatement une coloration verte, lorsque le liquide n'est pas absolument neutre ; au bout d'un certain temps il se montre d'ailleurs une coloration verte par suite de la formation d'acides libres.

Les sels de quinine, fait fort important à connaître, deviennent plus facilement solubles dans l'eau ; aussi peut-on facilement associer la quinine et l'antipyrine dans les solutions destinées aux injections sous-cutanées. C'est là d'ailleurs une association qui trouve de nombreuses indications.

De même, il est sans inconvénient et en même temps très commode d'associer la quinine et l'antipyrine en poudre. On en retire ainsi d'heureux effets notamment dans la grippe où l'on peut ainsi formuler :

Sulfate de quinine...	āā 0,50
Antipyrine..........	

pour un cachet. On peut donner jusqu'à 4 cachets par jour et malgré la haute dose de sulfate de quinine prescrite, on observe rarement les symptômes d'intoxication (bourdonnement, ivresse quinique, etc.) qui se voient presque toujours à cette dose lorsqu'on donne la quinine seule.

L'hydrate de chloral est précipité en solutions concentrées, mais non en solutions faibles. Rappelons que le chloral et l'antipyrine peuvent se combiner pour former des combinaisons, récemment étudiées sous les noms de mono et de bi-chloralantipyrine.

Mêmes remarques et mêmes conséquences pratiques pour les sels de caféine que pour ceux de quinine. On sait que les sels de caféine sont peu solubles et qu'il faut leur associer parties égales soit de salicylate de soude, soit de benzoate de soude. Il peut être précieux de savoir que l'antipyrine augmente leur solubilité.

Avec le perchlorure de fer, on a une coloration rouge-sang.

Le sulfate de fer se colore en brun jaunâtre ; au repos se dépose un précipité assez abondant et la coloration vire au rouge.

Le sublimé donne un précipité soluble dans un excès d'eau ; le calomel en suspension ne subit aucune altération à froid ; si l'on chauffe, le liquide prend une coloration foncée, par suite d'une réduction du mercure.

Avec l'iode et les iodures il se produit un précipité, qui se réduit dans un excès d'eau, sans réaction colorée.

Les solutions arsénicales sont précipitées. Le permanganate de potasse est immédiatement réduit. Mélangé et trituré à sec avec l'antipyrine, le naphtol donne une pâte plus ou moins liquide.

Avec le bicarbonate de soude, il y a production d'éther acétique qui se reconnaît à son odeur toute spéciale.

En triturant l'antipyrine avec du salicylate de soude, on obtient un corps liquide.

Le sirop d'iodure de fer prend une coloration rouge brun.

Les teintures de quinquina simple et composée, d'hamamelis, de rhubarbe, etc., donnent lieu à un précipité abondant.

MÉDECINE PRATIQUE

Spléno-pneumonie de Grancher.
(Congestion pulmonaire pseudo-pleurétique)

(*Suite*).

Ces cinq observations sont suffisantes pour montrer combien les cas de spléno-pneumonie peuvent être différents, dans leur étiologie, leur allure, leur marche, et leur terminaison. C'est pourquoi l'on a dit avec raison que la spléno-pneumonie était un syndrome morbide, bien plutôt qu'une maladie nettement déterminée.

Dans l'*étiologie*, il est une affection que signalent un certain nombre d'observations : la tuberculose, avérée, ou probable seulement ; et alors la spléno-pneumonie est souvent l'origine ou plutôt, l'indice d'une éclosion de tubercules ; on retrouve cette étiologie dans un quart des cas environ ; c'est dire qu'elle doit être prise en sérieuse considération. A côté d'elle, on peut citer divers états morbides où la résistance de l'organisme est affaiblie, l'albuminurie, le diabète, l'impaludisme, la fièvre typhoïde la grippe, le rhumatisme, dont la spléno-pneumonie pourrait bien être une manifestation, la dilatation de l'estomac à une période avancée. Enfin,

dans la moitié environ des observations, on ne trouve rien que le banal refroidissement, cause occasionnelle d'une foule d'affections.

L'homme est beaucoup plus souvent atteint que la femme.

Enfin la spléno-pneumonie a été signalée beaucoup plus souvent du côté gauche que du côté droit, peut-être parce qu'elle est plus facilement distinguée de la pleurésie, grâce à la persistance de la sonorité dans l'espace de Traube, signe qui attire immédiatement l'attention.

Le *début* de la maladie est généralement brusque. Il y a souvent des frissons. Le point de côté a été signalé dans la plupart des observations ; mais nous ne dirons pas comme M. Rendu que « le signe capital du début est un point de côté constant », parce que, d'abord, ce signe existe dans la pleurésie, et ensuite parce qu'il a fait défaut dans certains cas : la douleur est d'ailleurs variable, parfois très vive, d'autres fois atténuée ; et nous serions plutôt porté à dire qu'il faut songer à la spléno-pneumonie, lorsqu'on trouve des signes de pleurésie sans qu'il y ait eu de point de côté au début, ou lorsque ce point de côté a été peu intense.

La dyspnée est toujours marquée ; mais elle paraît en rapport avec la brusquerie du début et l'intensité de la douleur.

La toux peut manquer : quand elle existe, elle est le plus souvent sèche et pénible, comme la toux pleurétique ; parfois elle s'accompagne dès le début, de crachats gommeux, opaques, qui ont une grande importance pour le diagnostic.

La fièvre est en général au voisinage de 39°.

Les *signes physiques* qui sont, au début, de la submatité avec diminution du murmure vésiculaire, se montrent au bout de deux ou trois jours dans toute leur intensité.

A ce moment qu'on peut considérer comme la *période d'état*, la fièvre peut avoir complètement disparu, le point de côté est moins vif, aussi bien que la dyspnée.

A la base du poumon, rarement au sommet, la percussion dénote une matité manifeste. A la palpation, on trouve les vibrations vocales diminuées, parfois abolies.

L'auscultation permet d'entendre, au lieu du murmure vésiculaire, un souffle tubaire intense, mais doux comme le souffle pleurétique. La voix est nasillante ; tantôt l'égophonie est très nette, mais elle peut n'être qu'à peine indiquée ; rarement la voix offre le retentissement éclatant et métallique de la bronchophonie, c'est bien plus souvent de la broncho-égophonie. La pectoriloquie aphone, c'est-à-dire la transmission nette des mots prononcés à voix basse, existe dans presque tous les cas.

Lorsque le médecin a constaté ces différents symptômes, on comprend combien facilement il portera le diagnostic de pleurésie, et croira avoir affaire à un épanchement, s'il n'est pas prévenu de la possibilité d'une erreur. Et pour éviter cette erreur, il faudra qu'il prenne soin d'examiner à fond son malade, et qu'il cherche les signes de présomption qui pourraient se trouver en faveur de la spléno-pneumonie.

Quels sont les symptômes en désaccord avec l'hypothèse d'un épanchement abondant ? D'abord, l'absence de déplacement des organes voisins. A gauche le cœur occupe sa position normale, et la pointe n'est pas déplacée du côté du sternum ; notons seulement qu'on a signalé dans la spléno-pneumonie gauche la disparition du choc de la pointe du cœur (1). Une autre conséquence de cette absence de déplacement, à gauche, est la persistance de l'espace de Traube : on sait en effet que dans les épanchements moyens du côté gauche, le liquide occupe tout le cul-de-sac inférieur de la plèvre, et qu'on trouve de la matité dans l'espace de Traube ; cet espace semilunaire à concavité inférieure et droite, constitué par le cul-de-sac inférieur et antérieur de la plèvre, n'est pas occupé par le poumon et on y trouve normalement la sonorité de l'estomac : mais quand il y a un épanchement assez abondant le liquide envahit ce cul-de-sac et refoule le diaphragme. Or, dans la spléno-pneumonie gauche, qui simule un épanchement pleurétique, on ne trouve pas de matité dans ce point ; et c'est un signe important pour le diagnostic.

A droite, on ne constate pas d'abaissement du foie, à moins que le foie n'ait été congestionné auparavant ; mais ce signe n'a pas une grande importance, car un épanchement moyen n'abaisse pas notablement le foie, et on peut trouver son bord inférieur au-dessous des fausses côtes, alors qu'il n'y a pas du tout de pleurésie.

D'un autre côté, la mensuration du thorax peut donner des renseignements sérieux. Dans la pleurésie avec épanchement, il y a toujours de la dilatation de la cage thoracique du côté affecté, qui peut offrir une demi-circonférence plus grande de plusieurs centimètres que le côté sain. Dans la spléno-pneumonie, il y a aussi de la dilatation du côté malade ; mais cette dilatation est rarement considérable, et elle peut être nulle. En plus de la dilatation thoracique, l'épanchement pleural entraîne une déviation plus ou moins grande du thorax ; le côté sain semble être attiré du côté malade, comme si le thorax pivotait autour de la colonne vertébrale ; et cette déviation peut être rendue très apparente par un procédé très simple, imaginé par M. Pitres et connu sous le nom de *signe du cordeau*. Ce procédé consiste à étendre un cordonnet, du milieu de la fourchette du sternum au milieu de la symphyse des pubis ; le trajet du cordonnet, au lieu de partager le sternum en deux parties égales, comme cela a lieu normalement, montre que cet os est dévié du côté malade ; l'*absence de déviation sternale est une forte présomption en faveur de la spléno-pneumonie*.

Il est encore un signe d'une grande importance, nous l'avons omis à dessein dans l'exposé des signes physiques pour mieux en faire ressortir la valeur diagnostique ; c'est l'*existence de râles crépitants*. Mais ce signe manque souvent, surtout au début ; et pour le trouver, il faut faire tousser ou respirer fortement le malade. Lorsqu'il existe, il a une grande valeur, mais son absence ne prouve rien ; et ce n'est souvent que plusieurs semaines après le début de la maladie qu'on commencera à le percevoir nettement.

L'étude des vibrations thoraciques peut aussi donner quelques renseignements utiles : ainsi dans la spléno-pneumonie les vibrations ne cessent pas brusquement au niveau de la ligne

(1) Queyrat, *Revue de méd.* 1885 et 1886.

CORRESPONDANCE
(Suite)

Dr M., à B. (Loiret). — Oui, nous pourrions avoir besoin de cette adresse pour des cas analogues au vôtre. Prière de nous l'envoyer.

Dr S., Paris. — A quoi bon vous parler de ce que vous lisez partout. Il n'est pas difficile, malgré les divergences d'appréciations officielles et libres de se faire une opinion. On voit revenir sans cesse les mêmes sujets de discussion, lorsqu'une grande épidémie menace la santé publique. Des emprunts pour embellissements se font ; ceux que nécessiterait l'hygiène publique sont toujours retardés. On jette tout à l'égout, dans un égout sans eau et tout va à la Seine qu'on fait boire aux habitants. Voilà l'hygiène ! Ensuite on disserte sur la nature du *choléra nostras, épidémique* ! Il paraît que nos microbiologistes ne sont pas encore fixés. On attend leur jugement et l'épidémie s'accroît.

Dr V., à N. — Il est évident que la réduction faite aux membres du Concours par la maison de *Droguerie Méré* est de 5 % et non de 50 %. Dans tout journal il se produit des *coquilles*, des *lapsus calami*. Les lecteurs indulgents ont l'habitude de les rectifier eux-mêmes ; ils connaissent la différence qui existe entre le journal et le livre qui, lui-même, préparé à loisir, est loin d'être exempt de lacunes. Les pointilleux auraient fort à faire s'ils voulaient relever les fautes d'orthographe, de construction de phrases que causent la hâte des typographes et des rédacteurs. Ce qui importe, c'est d'éviter les erreurs qui pourraient avoir des conséquences et non les transpositions de lettres.

Dr R., à M. (Ardennes). — Nous engageons votre Syndicat à rédiger un mémoire avec arguments à l'appui, que vous adresserez, soit à M. Mesureur, député, au Palais-Bourbon, président de la Commission de revision des patentes, composée de 22 membres ; ou au Secrétaire, M. Deraine, 6, rue Chabanais. Nous avons vu le Président, et les raisons que nous avons fait valoir n'ont pas paru le convaincre. Notre impression est que peut-être vaudrait-il mieux ne pas trop insister, dans la crainte





de voir la situation des médecins aggravée au point de vue de la patente. Il vaudrait mieux trouver un argument dans le fait que nous supportons ces charges, qui nous assimilent aux commerçants, pour demander, quand on organisera l'Assistance médicale gratuite, qu'on nous traite, dans la fixation des honoraires, d'une façon équitable, nous dédommageant des charges dont on ne veut pas nous affranchir. Néanmoins, nous estimons qu'un mémoire du Syndicat aurait quelque poids. Le Dr V. de M. n'avait pas été signalé. Il reçoit.

Membres du Concours exerçant dans les stations thermales.

Ax (Ariège).
Dresch.

Bagnères-de-Luchon.
P. Ferras.

Bains (Vosges).
Fommagéot.

Bondonneau (Drôme).
Cazenave de la Roche.

Bouqueron-les-Eaux (Isère).
Gaillard.

Bourbon-Lancy.
Goëde.

Cauterets.
Duhourcau. — Miquel-Dalton. — Pedebidou. — Bordenave.

Capvern-les-Bains.
Claverie.

Challes (Savoie).
G. Petiau.

Contrexéville
Debout d'Estrées.

Eaux-Bonnes.
Le Riche.

Enghien-les-Bains.
Callias.

Evian-les-Bains.
Rocque. — Dumur.

Gérardmer.
Greuell.

La Bourboule.
Meneau. — Nicolas. — Noir. — Olivier. — Veyrières.

Lamalou-l'Ancien.
Donadieu.

Luxeuil
Barbaud.

Mont-Dore.
Geay. — Tardieu.

Motte-les-Bains (Isère).
De Langenhagen.

Néris-les-Bains.
Morice. — Allot.

Pougues-les-Eaux.
Mignot.

Royat.
Puy-le-Blanc.

St-Honoré-les-Bains.
Marius Odin. — Comoy.

Salies-de-Béarn.
Vigneau.

Salins.
Bourny. — Compagnon.

St-Sauveur.
Sabail.

Ussat-les-Bains.
Cenac.

Vals.
Lagarde.

Vichy.
Aurillac. — Buffard. — Charnaux. — Fournier. — Frémont. — Grellety. — Navault. — Therre. — Veillon.

supérieure de matité, elles diminuent progressivement et ne cessent complètement d'être perçues qu'à la base.

La *marche* de la maladie est très lente ; il faut plusieurs semaines, et même plusieurs mois pour arriver à la guérison complète.

En général la fièvre, le point de côté, la dyspnée disparaissent rapidement ; le malade, surtout, s'il est jeune, reprend de la mine et de l'appétit, et quand il n'y a ni toux, ni expectoration, on peut au bout de quelque temps avoir ce tableau singulier, qu'on remarque aussi dans la pleurésie avec épanchement, d'une maladie sans malade. Cette expression d'apparence paradoxale, veut dire simplement qu'on est en présence d'un individu qui reste debout toute la journée, qui mange avec appétit, qui sent ses forces revenues, et qui présente l'apparence d'un homme bien portant ; mais on trouve des signes physiques persistants. Il n'en est pas toujours ainsi, et la fièvre, la dyspnée, la toux et l'expectoration peuvent persister très longtemps.

Les signes physiques restent à peu près tels qu'au début, jusqu'au moment où les râles crépitants, sous-crépitants, muqueux, se montrent dans toute la zone de matité. Alors le souffle change un peu de caractère, il est moins intense, et plutôt bronchique ; la matité est moins absolue, on sent sous le doigt l'élasticité pulmonaire et cela d'une façon très variable, sans règle : un point peut être sonore, tandis qu'à côté le son est beaucoup plus mat ; les vibrations thoraciques reviennent plus nettes. Et peu à peu tout rentre dans l'ordre, et les signes anormaux finissent par disparaître.

Cependant la *terminaison* ne se fait pas toujours de cette façon. On a observé trois cas de mort, chez un diabétique, au cours de la fièvre typhoïde, et chez une cardiaque. De plus chez les tuberculeux, il persiste des craquements qui sont l'indice d'une éclosion de tubercules, comme nous l'avons vu chez la malade de M. Barth.

Peut-on vraiment faire un *diagnostic* ferme de spléno-pneumonie ? Actuellement les observations ne sont pas assez nombreuses pour qu'on puisse absolument affirmer le diagnostic dès le début, à moins qu'il n'y ait plusieurs signes très nets se renforçant réciproquement. Ainsi, lorsqu'un malade offrira de la matité, du souffle doux, de l'égophonie, de la pectoriloquie aphone, la suppression des vibrations thoraciques, si, de plus, il y a persistance de l'espace de Traube, et si le cœur n'est pas déplacé, si le sternum n'est pas dévié, on doit conclure qu'il n'y a pas d'épanchement et qu'on est en présence d'une congestion pulmonaire pseudo-pleurétique ; — si d'un côté on trouve les signes ordinaires de la pleurésie et que du côté opposé, il y ait des signes de congestion pulmonaire, il faudra songer à la spléno-pneumonie, car parfois il y a bilatéralité des phénomènes, tandis que la pleurésie est toujours unilatérale.

En résumé les signes importants pour le diagnostic sont : L'*absence ou le peu d'intensité du point de côté* au début, le *non déplacement des organes voisins*, l'*absence de déviation du sternum et de dilatation thoracique*, *la persistance de l'espace de Traube*, la présence de *râles crépitants* qui montrent que le poumon est sous l'oreille, l'*expectoration gommeuse*, la *suppression graduelle des vibrations thoraciques*, en allant du sommet à la base, la *bilatéralité des phénomènes*, la *persistance du souffle tubaire doux à la base*, alors que la matité semble indiquer la présence d'un épanchement considérable. A cela nous ajouterons encore la *disposition irrégulière de la matité*, non en rapport avec la direction de la pesanteur.

Pour être complet, nous dirons en terminant que le signe le plus important, pour la spléno-pneumonie, aussi bien que pour la pleurésie, est le résultat de la ponction. Mais si dans quelques cas, la ponction semble nécessaire pour trancher le diagnostic, nous croyons fermement que, dans beaucoup d'autres, l'examen sérieux du malade sera suffisant pour cela. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que la plèvre est parfois touchée dans la spléno-pneumonie, et qu'il pourrait y avoir un peu de liquide : dans ce cas le résultat positif d'une ponction exploratrice ne serait pas suffisant pour trancher le diagnostic, s'il y avait d'autres signes de spléno-pneumonie.

D'une façon générale le *pronostic* est bénin. Cependant il faut toujours, chez les sujets suspects de tuberculose faire des réserves sur les suites. Il est toujours bon d'ailleurs d'examiner le sommet du poumon, suivant la méthode de M. le professeur Grancher, car cet examen peut donner des indications. On sait en effet que M. Grancher considère comme un indice de tuberculose le schéma de congestion, c'est-à-dire, l'augmentation des vibrations thoraciques et de la sonorité, avec diminution du murmure vésiculaire, qu'on note abréviativement de la façon suivante : + + — (plus, plus, moins).

Pour le *traitement*, nous serons assez brefs, car la thérapeutique ne semble pas avoir une action bien marquée sur l'évolution de la maladie.

Au début nous conseillerons des ventouses scarifiées sur le côté malade, et des médicaments nauséeux comme l'ipéca et le kermès pendant quelques jours.

Le salicylate de soude a été essayé et ne paraît pas avoir eu d'action bien efficace ; cependant nous l'emploierions volontiers contre l'élément fièvre et l'élément douleur, à la dose moyenne de 4 grammes par jour.

Quand les phénomènes aigus sont calmés, la révulsion sera continuée au moyen de pointes de feu et de vésicatoires volants. La teinture d'iode paraît avoir eu quelquefois de bons résultats.

A l'intérieur, l'iodure de potassium à petites doses est parfaitement indiqué.

Nous nous bornons à mentionner l'emploi des toniques, et du lait, comme dans toutes les affections aiguës, où il ne faut pas négliger de soutenir les forces du malade.

A la fin de la maladie, on a conseillé l'emploi des bains d'air comprimé. Nous croyons que la gymnastique respiratoire produite par des exercices au grand air, et à une altitude de 600 à 800 mètres peut très bien les remplacer.

Dr P. HERVOUET.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Les médecins et le service militaire.

Nous avons trop souvent insisté sur la situation faite aux étudiants en médecine pendant qu'ils

accomplissent leur service militaire pour que nous répétions nos doléances. Quand les médecins réclament, on se figure toujours que c'est de leur seul intérêt qu'il s'agit, comme si la bonne organisation du service de santé militaire n'était pas une question d'intérêt général !

On dirait en vérité que confier le service médical à des médecins constitue pour eux un privilège inadmissible : mais qu'on utilise donc alors les cordonniers, les tailleurs ou les serruriers !

Quelques organes politiques commencent à se préoccuper de la question — car tous savent combien, en cas de guerre, notre service de santé serait insuffisant pour la masse d'hommes appelés sous les drapeaux — et se demandent si le mode de procéder actuel, inspiré par une passion irraisonnée de l'égalité, rend bien à l'armée le maximum de services qu'on doit toujours rechercher.

Nous constatons avec une satisfaction réelle que leurs conclusions se rapprochent singulièrement des nôtres.

On sait, dit le *Temps*, quelle est la situation fâcheuse faite à nos futurs docteurs : ils doivent interrompre leurs études pour faire une année de service, année de service parfaitement inutile pour l'armée d'ailleurs, puisqu'on ne les autorise même pas à servir comme infirmiers et à poursuivre ainsi leur éducation. Lorsqu'ils sont reçus docteurs, on les nomme médecins de réserve ; ils ne sont donc, au point de vue des cadres de combat, d'aucune utilité.

Combien ils seraient plus utiles à l'armée s'ils étaient astreints à faire une année de stage comme aides-majors au lendemain de leur admission au doctorat ! Ils ne seraient pas obligés d'interrompre leurs études pour monter la garde et faire les corvées ; ils auraient donc gagné une année, sinon plus — car la reprise des études n'est pas immédiate. Puis, pendant leur stage comme aides-majors, ils apprendraient sérieusement le métier de médecin militaire, bien mieux qu'ils ne le font aujourd'hui dans leurs deux stages de vingt-huit jours ou leurs stages de territoriaux.

Faut-il voir dans ces lignes l'aurore d'une réforme qui ferait sans doute fulminer les politiciens des *Assommoirs*, mais permettrait, par contre, d'augmenter nos forces, en exigeant de chacun tout ce qu'il peut donner ?

II

Quelques causes de la gêne médicale.

Monsieur et très honoré Confrère,

Je vois dans l'article du *Concours* signé *Dr Hervouet* que certains médecins de Paris font des consultations à un franc et même à seize sous !

Quel est donc ce peuple qui crucifiait des lions ? s'écrie Flaubert dans « Salammbô ». Pour moi ce peuple étalait ainsi son courage, ses vertus guerrières, le mépris du danger en face de la force ; nos contemporains n'ont plus guère pour eux que la pusillanimité. Ici, cliniques gratuites partout : à l'hôpital Saint-André, le matin c'est une procession de gens, la plupart aisés qui vont là parce que ça ne coûte rien.

Et ce sont des médecins de premier ordre qui sacrifient ainsi la médecine et les confrères des quartiers, au bénéfice de ce bon populo, qui est si reconnaissant.

Les postes des ambulances pour les blessés ont été accaparés par d'autres médecins de 2e ordre qui ont transformé ces postes, destinés à donner les premiers soins en cas d'accidents, en *dispensaires*, où ils donnent des consultations gratuites.

Les pharmaciens font le reste, ainsi que les brochures à domicile qui poursuivent le malade jusqu'à son foyer. Grâce aux certificats payés grassement (çà, ça vient de Paris) qui ont fait vendre des milliers de kilos d'antipyrine *allemande*, j'affirme n'avoir pas visité, il y a deux ans, un seul malade atteint d'influenza ?

Et il s'est trouvé, au Sénat, des hommes pour dire que nous avions un monopole..... Quel manque d'énergie de la part des médecins de notre région ; ils ne lisent pas les journaux de médecine et plusieurs, avec qui j'ai conversé, ignorent même l'existence du *Concours médical*.

Je suis fatigué de vous parler des somnambules ; il en est qui font jusqu'à *cent cinquante francs par jour*.

Et pas une voix ne s'élève pour protester. Les juges nous disent : « portez-vous partie civile » — nous savons ce que cela coûterait, et pour quel mince résultat. Le mépris des lois existantes, l'anarchie absolue, voilà l'état actuel, en médecine du moins.

Lecteur assidu du *Concours* depuis 1880, je reconnais hautement les services que ce journal a rendus au corps médical : idées nouvelles, encouragements incessants pour la défense de nos intérêts professionnels, enfin la nouvelle loi, trop tronquée, hélas ! qui est son œuvre. Mais quand donc pourrons-nous vivre de notre profession ?

Veuillez reproduire ces lignes, malheureusement trop exactes ; puissent-elles être lues par les praticiens bordelais, par ceux qui comme moi travaillent pour vivre.

Veuillez agréer. *Un médecin bordelais.*

Nous reproduisons la lettre de notre correspondant, malgré le défaut de signature. Si elle est exagérée, du moins elle touche à de graves questions, entre autres celle de la multiplication des consultations gratuites sans discernement, dont les effets se feront de plus en plus sentir. Il faudra aviser ; l'excès du mal imposera le remède.

En ce qui concerne la répression de l'exercice illégal, il est évident que les Syndicats, une fois consacrés par la loi, devront se vouer à cette œuvre de défense. Ils le feront avec efficacité ; nous le démontrerons, lorsque le temps sera venu et nos confrères de la *Gironde* seront les premiers, nous en sommes certains, à faire un usage efficace des armes que leur fournira la loi nouvelle, car elle a accru dans une large mesure les pénalités contre l'exercice illégal sous toutes ses formes.

III

La responsabilité des médecins.

Un procès des plus curieux au point de vue de la responsabilité médicale vient de se dérouler devant la première Chambre de la Cour de Bordeaux.

Le ménage B... était un ménage très uni avant l'orage qui fondait sur lui, il y a quelque temps, dans les circonstances suivantes :

M. B.., qui gardait à sa femme une fidélité à toute épreuve, se sentit un jour singulièrement malade. Pris de terreur, il se présentait dans le cabinet du Dr X... à Bordeaux, et exposait son cas au médecin.

Le médecin, après examen, déclara, qu'en effet M. B... était atteint de l'affection... spéciale qu'il redoutait, autant pour sa santé personnelle que pour l'effroyable certitude que ce mal entraînait avec lui au point de vue des relations conjugales.

M. B..., fou de douleur, traîna à son tour sa femme dans le cabinet du Dr X... Là, le médecin

déclara que Mme B... était dans les meilleures conditions de santé.

Alors, Mme B... fut prise à son tour des soupçons que son mari avait nourris contre elle. Munie du certificat décrivant la maladie de M. B..., certificat que le médecin lui avait délivré, elle accabla son mari de reproches bien sentis et forma contre le pauvre homme une instance en divorce. Adieu la paix du ménage, la confiance mutuelle, la bonne harmonie conjugale !

Pourtant, bientôt après ces événements, le mari se portait comme un charme ; le terrible mal qui devait laisser des stigmates effroyables avait disparu, en supposant qu'il eût jamais existé.

Dès ce moment, M. B... eut à supporter des tribulations sans nombre. Il lui fallut, à l'encontre du *malade imaginaire*, crier et prouver à tout le monde, à ses amis, à sa femme, à ses beaux-parents, qu'il se portait à merveille, et que les gens qui fulminent contre la dépopulation de la France n'auraient pas à se plaindre de lui, etc.

Finalement, le mari, sa femme et les beaux-parents redevinrent d'accord ; l'instance en divorce fut retirée.., et tout le monde se retourna contre l'infortuné Dr X..., dont le double verdict avait été cause de tant d'émoi.

Les époux B... intentent aujourd'hui au médecin une action en 10,000 francs de dommages-intérêts, soit 5,000 francs par consultation, payables par le docteur à ses clients. C'est cher ! A l'audience, le Dr X... se défend énergiquement de toute erreur ; et d'ailleurs, cette erreur fût-elle prouvée, le docteur estime qu'il n'y aurait point faute commise ; car, dit-il, en ces matières, personne, « pas même le pape », ne possède l'infaillibilité. Le pape, vraisemblablement, nous paraît peu compétent en les dites matières.

Le Dr X... nie aussi avoir remis un certificat à Mme B... en l'absence de son mari.

Les magistrats ont écouté avec un vif intérêt les plaidoiries de l'affaire, prononcées par Me de Lacaussade pour les époux B... et par Me Duthil pour le Dr X...

M. Treilhes, substitut du Procureur général, a demandé communication du dossier pour donner à la Cour ses conclusions.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical du Loiret.

Assemblée générale annuelle, 3 *juillet* 1892.

Présents : MM. Penot, *président* ; Gassot, *secrétaire* ; Beaurieux, Boulle, Chaignot (Orléans), Chipault, Courtade, Dufour, Fauchon, Geffrier, Jarry, Halma-Grand, Hamon, Lambry, Lepage, Martin, Naudin, Pélissier, Poirier, Richard, Rocher, Sadrain, Toulze, Vacher, Veillard (Lorris).

Excusés : MM. Chaignot (Gien), Chopard, Henriot, Morand, Nouët, Patay, Persillard, Vigor.

M. le Président Penot ouvre la séance en prononçant l'allocution suivante :

Messieurs et Chers Confrères,

L'année qui vient de s'écouler nous a donné, comme les précédentes, son contingent d'heurs et de malheurs. En effet, si notre syndicat s'applaudit d'avoir eu à enregistrer sept adhésions nouvelles, il a eu, d'un autre côté, la mauvaise fortune de subir des pertes douloureuses.

La mort nous a enlevé trois collègues, dont l'un, M. le Dr Halma-Grand, père, avait été notre premier Président et était resté notre Président d'honneur.

Aux obsèques de notre vénéré Confrère, le syndicat médical du Loiret a pu être représenté par une délégation officielle et une voix plus autorisée que la mienne s'est fait entendre pour dire tous nos sentiments de sympathie. Je ne puis donc qu'exprimer à nouveau les profonds regrets que nous fait éprouver la disparition de ce vaillant confrère qui sut toujours oublier le poids des années quand il s'est agi de lutter pour nos intérêts professionnels. Il était certain de n'en retirer aucun avantage personnel, à cause de son grand âge, il n'en fut pas moins un des premiers adhérents de notre compagnie et un des plus zélés tant que ses forces le lui permirent.

Qu'il reçoive donc encore une fois l'hommage sincère de nos plus respectueuses sympathies.

S'il est pénible de voir disparaître un des nôtres alors qu'il est arrivé aux limites possibles de l'existence, combien n'est-il pas douloureux de voir succomber à une mort prématurée un jeune confrère en pleine activité médicale ? Le Dr H. Martin, d'Orléans, était un des fidèles de nos réunions confraternelles parce qu'il avait compris de bonne heure toute la force que peut avoir le corps médical uni dans une même pensée et tendant au même but, nous lui conserverons notre meilleur souvenir.

Presque tous, et en particulier ceux qui ont fait partie de l'ancienne Société Locale de l'Arrondissement de Montargis, ont connu personnellement et apprécié notre excellent confrère, le Dr Billoux, de Cepoy, dont le caractère jovial et les saillies gauloises savaient égayer toutes nos réunions. Chacun saluait son arrivée d'un sourire satisfait, les figures les plus graves s'épanouissaient et la conversation prenait aussitôt l'allure libre et simple d'une joyeuse camaraderie.

Combien d'heures agréables avons-nous dues à son esprit prime-sautier, à sa verve intarissable, à ses propos d'une facétie invraisemblable ! Malheureusement une maladie implacable nous avait privés de sa présence à nos réunions depuis un certain temps et sa mort est venue confirmer nos appréhensions. On peut dire de lui qu'il laisse un vide considérable parmi nous et que son souvenir vivra toujours inséparable de nos associations confraternelles.

Après avoir payé un juste tribut de regrets à ceux qui ne sont plus, c'est un devoir pour moi, messieurs, de vous présenter les confrères qui, cette année, ont bien voulu se joindre à nous. Je salue avec joie l'admission de nos nouveaux collègues : MM. Hamon, *de la Ferté Saint-Aubin* ; Decoux, *de Patay* ; Sadrain, *des Aydes* ; Nouët, *de Puiseaux* ; Billard, *de Malesherbes* ; Chopard, *de Cepoy* ; Sutils, *de la Chapelle-la-Reine*. Au nom de tous, je leur souhaite la bienvenue la plus cordiale.

Avant de terminer, je ne puis m'empêcher de vous dire combien je suis heureux d'avoir vu sous mon humble présidence reconnaître officiellement la légitimité des syndicats médicaux : j'espère qu'il sera donné à mon successeur, M. Popis, de voir promulguer la loi qui consacre leur existence légale. Si nos efforts n'ont pas été couronnés d'un succès plus complet, il n'en est pas moins vrai que nous avons obtenu un résultat considérable.

Nous n'oublierons pas, et il m'est très agréable de le rappeler, qu'une grande part en revient à notre dévoué secrétaire général. Toujours sur la brèche, ne reculant devant aucune démarche, notre confrère Gassot s'est montré infatigable à nous servir et par la plume et par la parole. Estimant avec juste raison qu'une mesure restrictive était encore préférable à l'échec certain de l'article de loi relatif à nos syndicats, il s'est efforcé de convaincre les membres des Bureaux du Concours Médical

et de l'Union des syndicats médicaux et est parvenu à leur faire accepter le texte transactionnel proposé. Une démarche pressante était alors faite près de tous les membres du Sénat et provoquait l'intervention de M. Trarieux à qui nous devons certainement le vote de l'article 14 que vous connaissez.

Le Conseil syndical a voté des remerciements unanimes à M. le Dr Gassot et je propose à l'Assemblée Générale de s'associer par ses acclamations à ce témoignage de reconnaissance. (*Applaudissements*).

Messieurs et chers confrères,

Avant de quitter le fauteuil auquel votre bienveillance avait daigné m'appeler, je dois vous remercier de l'indulgence que vous avez bien voulu me témoigner et je vous prie de croire que je conserverai toute ma vie le souvenir de l'honneur que j'ai eu de présider pendant une année le Syndicat médical du Loiret. (*Applaudissements*).

Le secrétaire général donne lecture de son rapport sur les travaux du syndicat pendant l'année 1891-1892 et constate que le nombre de ses membres s'élève à 96 ainsi répartis :

Cercle de l'Arrond. d'Orléans	47 membres.
— de Gien	12 —
— de Montargis	15 —
— de Pithiviers.	22 —

Il fait appel au zèle des membres du syndicat pour amener les confrères qui se tiennent encore à l'écart.

L'Assemblée générale, à l'unanimité, donne son approbation à ce rapport. Elle ratifie ensuite une délibération prise par le conseil syndical.

Conformément à l'avis du conseil syndical, elle ajourne son adhésion à l'*Union des syndicats médicaux* jusqu'au vote de la loi sur l'exercice de la médecine, mais décide en principe que le syndicat médical du Loiret pourra éventuellement se faire représenter à une réunion où les statuts de cette Union seraient révisés en conformité avec la loi nouvelle.

L'ordre du jour appelle la question des relations avec les compagnies d'assurances contre les accidents.

Le secrétaire général rappelle que la question a été discutée par les cercles d'arrondissement : en présence de résolutions discordantes, le conseil syndical s'est efforcé d'arriver à une rédaction qui puisse donner satisfaction à tous les intérêts.

Après une discussion assez animée, l'Assemblée générale adopte la délibération suivante :

1° Aucun membre du Syndicat médical du Loiret ne doit accepter l'investiture d'une Compagnie d'assurances contre les accidents si cette investiture comporte le traitement des blessés à forfait.

2° Toutefois, s'il s'agit de travaux ayant un caractère exceptionnel ou temporaire, les cercles d'arrondissement, après examen des propositions des Compagnies, pourront en autoriser l'acceptation par un ou plusieurs de leurs membres.

Nul ne pourra s'engager, même à titre provisoire, avant d'avoir reçu cette autorisation.

Le Président communique à l'Assemblée Générale la lettre qui a été adressée à M. le Préfet du Loiret au sujet de l'Inspection départementale du service de la protection des enfants du premier âge. Cette lettre reproduit les doléances du Syndicat et formule les vœux suivants qu'il a adoptés :

1° L'Inspecteur départemental du service de la protection des enfants du premier âge devra se rendre, au moins une fois tous les deux ans, dans les communes où sont placés des enfants en nourrice.

Il visitera tous les enfants soumis, dans ces communes, au régime de la protection.

2° Lors de ses tournées, il devra visiter les médecins Inspecteurs pour s'entretenir avec eux de la situation et des besoins de leurs circonscriptions respectives.

Il les préviendra de son passage au moins un jour à l'avance.

3° L'Inspecteur départemental, dans ses tournées, devra se renfermer dans ses attributions strictement administratives.

Il veillera à l'exécution par les Maires des prescriptions contenues dans les circulaires préfectorales, notamment à la délivrance des certificats des maires aux seules nourrices munies du certificat du médecin inspecteur de la circonscription.

4° Le rapport annuel de l'Inspecteur départemental devra faire mention des observations portées sur les bulletins de visites par les médecins inspecteurs.

Un paragraphe spécial sera notamment consacré aux *bulletins verts* afin que les entraves à la bonne exécution de la loi soient connues.

5° Le même rapport devra mentionner d'une manière spéciale les causes des décès des nourrissons, l'âge et l'époque de l'année où surviennent les décès. Cette mesure pouvant seule permettre d'apprécier si la loi de protection peut diminuer encore la mortalité.

6° Le rapport de l'Inspecteur départemental sera, chaque année, adressé à tous les médecins inspecteurs.

MM. Beaurieux et Gassot, en leur qualité de membres du Comité départemental de la protection des enfants du premier âge, ajoutent que le meilleur accueil a été fait à la lettre du Syndicat et que les réformes demandées sont en cours d'exécution.

L'Assemblée Générale après avoir reçu communication du texte de la loi sur l'exercice de la médecine votée par le Sénat et des modifications apportées par la Commission de la Chambre des Députés, déclare approuver les mesures qui hâteront le vote définitif de la loi.

Elle proteste contre certains articles de la loi sur l'exercice de la pharmacie votés en première lecture par la Chambre des Députés et décide que l'examen approfondi de cette loi sera renvoyé aux cercles d'arrondissement.

A l'unanimité, l'Assemblée Générale adopte les comptes présentés par le secrétaire trésorier et repousse la prise en considération d'une proposition tendant à exiger des nouveaux membres un droit d'entrée.

M. le Dr Lambry, de Courtenay, est élu Vice-Président pour l'année 1892-1893 par 25 voix sur 26 suffrages exprimés.

M. le Dr Gassot est maintenu, par acclamations, secrétaire trésorier pour deux années 1892-1894.

M. le Président Penot annonce qu'en vertu de l'article 11 des statuts M. Popis, Vice-Président, devient Président du Syndicat pour l'année 1892-1893 et qu'en conséquence, pour cette année, le Bureau du Syndicat est constitué comme suit :

Président : M. le Dr Popis, de Chécy.

Vice-Président : M. le Dr Lambry, de Courtenay.

Secrétaire-Trésorier : M. le Dr Gassot, de Chevilly.

M. Gassot, secrétaire général du Syndicat remet alors à M. Penot la médaille commémorative de sa présidence et lui adresse les paroles suivantes :

Monsieur le Président,

Les précédents veulent que ce soit le Secrétaire général du Syndicat qui remette au président sortant la médaille commémorative de son élection : j'en suis d'autant plus heureux qu'ils me permettent de joindre l'expression de ma gratitude personnelle au témoignage de sympathie de tous mes confrères.

Au moment où vous allez quitter la vie médicale active et jouir d'un repos bien mérité, cette présidence, que votre trop grande modestie vous faisait redouter, vous laissera, j'ose l'espérer, bon souvenir.

Elle vous rappellera combien l'esprit de bonne confraternité et le souci de la dignité professionnelle qui ont toujours été la règle de votre conduite ont été appréciés de vos collègues. Elle montrera à tous que, dans les associations comme la nôtre, ceux qui ont été à la peine arrivent un jour à l'honneur.

Au nom de l'Assemblée Générale, je vous adresse les remerciements du Syndicat.

Applaudissements répétés.

La réunion a été, comme d'habitude, suivie d'un déjeuner confraternel.

REPORTAGE MÉDICAL

Voici les réponses que reçoivent nos correspondants lorsqu'ils veulent recourir à la méthode Brown-Séquard :

Laboratoire de médecine du Collège de France. — Nous n'envoyons de liquide que sur la demande d'un médecin, accompagnée de sa carte de visite et de *l'Histoire du malade qui va être traité.* Le liquide est fourni par nous gratuitement, mais pour couvrir les frais d'envoi et de correspondance, la demande doit être accompagnée de deux timbres de 0.15 centimes.

Adresser simplement : *Au laboratoire de médecine,* 12, rue Claude-Bernard, Paris.

Le médecin ayant traité le malade, et faisant une nouvelle demande de liquide, devra envoyer les résultats obtenus depuis le commencement du traitement, sans quoi cette demande resterait sans réponse.

Mode d'emploi de l'extrait organique. — 1° Ce liquide est donné gratuitement et ne peut être vendu.

2° Il doit être injecté par la voie sous-cutanée.

3° Il ne doit pas être injecté pur. Il faut remplir la seringue de Pravaz à moitié seulement du liquide, et compléter l'emplissage avec de l'eau distillée, *de nouveau récemment bouillie.*

4° Tous les vases employés, de même que la seringue, la canule et la peau devront être soigneusement lavés à l'eau phéniquée à 1/500 avant l'injection.

5° On doit faire une injection de 2 à 8 grammes, en plusieurs piqûres, du liquide dilué, comme ci-dessus, au moins deux fois la semaine.

6° Il serait presque inutile de continuer, si on n'avait pas d'amélioration au bout de 3 semaines.

7° L'injection doit être faite à l'abdomen, entre les épaules ou à la fesse. Il faut introduire la canule dans toute sa longueur sous la peau et parallèlement à la surface.

8° Si le traitement est dirigé contre la faiblesse sénile, il devra être continué 3 mois, et repris pour la même période, quand le sujet en sentira le besoin.

9° Le flacon doit être tenu soigneusement bouché, et en lieu frais. Il ne faut jamais introduire d'eau dans le liquide. On devra en cesser l'usage s'il se trouble notablement.

10° Si la piqûre était douloureuse, (cas qui se présente très rarement), on étendrait le liquide de deux fois son volume d'eau au lieu d'une seule fois, comme nous l'avons indiqué ci-dessus.

C. E. Brown Séquard. Dr A. D'Arsonval.

En raison du nombre considérable de demandes, MM. Brown-Séquard et d'Arsonval se voient dans la nécessité de ne faire aucun envoi pour de nouveaux malades jusqu'à la fin des vacances. Les envois ne seront faits qu'aux médecins ayant actuellement des malades en traitement.

Limite du Concours de l'Internat. — Comme le vœu en avait été émis par l'Association des Etudiants, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique vient de fixer à la sixième année après la première inscription de médecine, non compris le temps de service militaire, la limite pour le concours de l'Internat des hôpitaux de Paris.

— *Ligue contre le cancer.* — Sur l'initiative et les encouragements de M. le Professeur Verneuil, une ligue contre le cancer, analogue à l'œuvre de la tuberculose, vient d'être fondée par M. le Professeur Duplay, aidé de M. Reclus.

« Le but de la ligue est de solliciter et d'encourager de toutes manières les recherches, de les centraliser, de fournir aux travailleurs les moyens d'études, et de propager les résultats obtenus, afin de parvenir à une connaissance plus complète de toutes les questions afférentes au cancer, afin surtout d'arriver à la guérison de ce fléau de l'humanité. »

Malgré tous les travaux anatomo-pathologiques faits sur ce sujet, nous ne sommes guère avancés, en effet, sur la connaissance de la nature intime des tumeurs réunies sous le terme générique de cancer. Les hypothèses ayant cours, sont de deux sortes : pour les uns, le cancer est d'origine embryonnaire, il est inhérent à l'individu ; pour les autres, qui ne se basent guère d'ailleurs que sur des analogies et des espérances, il est d'origine externe, d'origine microbienne. Nous souhaitons vivement que cette œuvre prospère, et puisse arriver à des résultats positifs, quant à l'étiologie et à la thérapeutique de cette désespérante affection.

Notons, à ce propos, la protestation du professeur belge Van den Corput, qui aurait donné à M. Verneuil la première idée de cette ligue et qu'on a laissé à l'écart avec un sans-gêne étonnant, si sa protestation est fondée.

— Dans une de ses dernières séances, le Conseil municipal de Paris, pour lutter contre les dangers possibles d'une épidémie de choléra à Paris, vient de voter un crédit de 140.000 francs destiné à l'installation, sur la place du Danube, d'un hôpital de réserve composé de cinq baraquements de vingt lits chacun.

Le Conseil municipal a, dans la même séance, accordé une subvention de 4000 francs au Comité formé pour l'érection d'une statue à *Théophraste Renaudot.*

La gaîté médicale en Irlande. — En France, les médecins passent pour ne pas engendrer la mélancolie, quand ils se réunissent autour d'une table bien servie. Mais nous sommes fort loin de la gaîté de pince-sans-rire, qui caractérise nos confrères anglais ; on pourra en juger par ce spécimen :

La « Société de chatouillement médical mutuel » s'est réunie à Dublin selon son habitude, il y a quelques jours. On y a lu les travaux suivants : le Dr Cooley-Wabbles a parlé du « Traitement de la diarrhée chronique par la ligature du côlon transverse » ; le Dr Strait Vest a rapporté « Un cas de manie homicide chez un enfant de cinq jours », et « Le récit non douloureux du Pantalon d'un dangereux lunatique, qui avait tenté de se suicider avec le dit pantalon » Une discussion intéressante, s'est alors engagée. Le Dr Bid-a-wee a exposé « Le fatal résultat qui suit le traitement par l'expectation des hémorrhagies de la délivrance ». On promet pour la prochaine réunion les travaux suivants qui seront lus par le secrétaire : « Un nouveau trou ovale évident », et « Le traitement du spina bifida par le taxis

et la percussion violente », dus à Von Homboog ; La valeur du massage dans le traitement d'individus ayant avalé une tenaille » par le Prof. Footsore Limpi ; « Un cas de goître exophthalmique chez un jeune chat, amélioré par des tractions sur l'extrémité caudale », de Von Schuckardt.

Monument de Jacques Daviel à Marseille. — La Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Marseille a pris l'initiative d'ériger un buste à Jacques Daviel qui pratiqua dans cette ville, en 1745, sa première opération de cataracte. Lors de la fameuse peste de Marseille, il montra un grand dévouement. De plus il fut le premier professeur d'anatomie à l'école de cette ville.

La Société médico-chirurgicale a souscrit pour 200 francs, le Conseil municipal pour 300 francs ; la première souscription, d'après le *Marseille médical*, s'élève à la somme de 775 francs.

— *Un bon exemple : limite d'âge des professeurs.* — Nous lisons dans le *Progrès médical* l'entrefilet suivant :

« Nous avons publié dans le temps, ainsi que la plupart des journaux de médecine, la lettre si digne qu'écrivit Trousseau en donnant sa démission de professeur de clinique médicale.

A cette époque, il n'y avait pourtant pas de limite d'âge.

Aujourd'hui elle existe ; elle est fixée à 70 ans, sauf pour les professeurs qui sont en même temps membres de l'Institut. Ceux-ci, en effet, peuvent rester en fonctions jusqu'à 75 ans.

« Si on met les gens à la retraite à 65 ans, dans beaucoup de fonctions, » nous disait: il y a quelque temps un de nos maîtres les plus illustres, « c'est qu'il y a bien des raisons pour cela. » Et il ajoutait: « à 70 ans, nous ne sommes plus de force à lutter avec les jeunes. »

Nos lecteurs savent que cette opinion est la nôtre. Certains professeurs préfèrent tomber de leur chaire que d'en descendre. L'un de nos maîtres, qui ont fait le plus d'honneur à la Faculté de Médecine de Paris, M. le professeur Verneuil, vient, nous assure-t-on, de donner sa démission : il a préféré descendre de sa chaire que d'en tomber. En agissant ainsi, il a donné un bel exemple.»

Ces réflexions très judicieuses sont, paraît-il, destinées à certain juge de l'un des derniers concours d'agrégation, à qui son âge et ses absences fréquentes de sa chaire donnent des droits incontestables à la retraite.

— *La médecine en Hollande.* — Le ministre de l'intérieur vient de présenter au Parlement un projet de loi accordant aux médecins étrangers, sous des conditions très favorables pour eux, le droit d'exercer la médecine dans ce pays. Ce projet a déjà soulevé de nombreuses protestations dans le corps médical néerlandais. (*Revue médicale*).

— *Nègres et blancs.* — Le tribunal de Rutherford (Tennessee) vient d'être saisi d'une affaire des plus délicates que les médecins américains vont avoir à élucider. Un nègre, jusque-là reconnu et considéré comme étant le fils d'un père et d'une mère, l'un et l'autre de race blanche, se voit contester la part qui lui revient dans l'héritage de ses parents, par un frère et une sœur nés des mêmes parents que lui, mais comme eux de race blanche, sous le prétexte, en apparence assez légitime, qu'un nègre ne saurait être leur frère. Il s'agira donc d'établir si un homme et une femme de race blanche peuvent procréer un nègre, et il est à craindre que les experts ne soient assez embarrassés pour trancher scientifiquement, à moins qu'ils ne fassent d'emblée le sacrifice de la bonne réputation de la mère défunte.

(*Revue scientifique*).

Par arrêté Ministériel, en date du 25 Juillet 1892, sont nommés :

Officiers d'académie. — MM. Boyron (à Deville), Dromain (à Paris), Dupuy (à Roquefort), Fanton (à Marseille), Gey (à Méru), Larmande (à Montélimar), Lamothe (à Mormant), Piéchaud (à Paris), Villard (à Verdun).

Tous membres de la Société du « Concours Médical ».

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Viennent de paraître :

1° **Moyens anti-hygiéniques de se conserver la santé**, par le Dr Jacques Nattus, net **2 fr. 40** franco pour MM. les membres du Concours médical. La péroraison que nous reproduisons est des plus suggestives.

Braves gens, mes amis, si vous tenez, comme je le crois, à conserver une robuste santé, vivez dans la crainte des produits pharmaceutiques. Quand vous rencontrerez une officine sur votre chemin, faites un détour prudent ; ne pénétrez jamais que bien accompagnés dans les antres à médicaments ; tournez sept fois la langue dans votre bouche avant d'avaler une drogue quelconque, exigez de votre médecin qu'il en fasse autant avant de vous la prescrire.

A présent, que le syndicat des pharmaciens m'écrase et m'étouffe sous une avalanche de pilules, sous un gigantesque éboulement de fioles et de petits pots !

2° **Guide pratique pour le traitement des maladies de l'oreille**, par J. Baratoux. *Société d'Editions Scientifiques*, 4, rue Antoine-Dubois, Paris, 1892.

Nota. — Ce volume fait partie de la *Petite Encyclopédie médicale*, collection d'ouvrages in-18 raisin, cartonné à l'anglaise. — Prix : **3** francs.

La surdité est une affection très répandue : plus du quart des conscrits sont réformés pour cette cause ; aussi est-il utile d'attirer l'attention du médecin sur les différentes lésions qui apportent un obstacle au bon fonctionnement de l'ouïe.

Après une courte description de l'anatomie et de la physiologie de l'oreille, l'auteur passe successivement en revue les causes et les symptômes de ses maladies, puis il indique la manière de mesurer l'acuité auditive et de pratiquer les insufflations d'air dans la caisse du tympan.

Dans un volume précédent, M. Baratoux s'était attaché à exposer les méthodes d'examen ; dans ce petit livre, il s'occupe à décrire dans tous ses détails le moyen technique de faire les injections et les instillations que les malades pratiquent en général maladroitement. Il étudie ensuite les modes d'application du froid et de la chaleur, des révulsifs, de l'électricité, etc. Il consacre un chapitre aux tympans artificiels et aux différents appareils acoustiques, audiphones, etc.

Dans la dernière partie de son livre, l'auteur donne la description succincte des diverses affections de l'ouïe.

NOTA. — L'Edition du *Guide pratique des Sciences médicales* pour 1892 paraîtra ce mois-ci.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année  N° 33 13 Août 1892

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Le choléra de 1892.

L'épidémie de la banlieue tend de plus en plus à décroître. Dans la capitale, l'état est stationnaire et, chaque jour, on enregistre encore quelques nouveaux cas suivis de décès à brève échéance, avec tous les symptômes du choléra asiatique. Mais, hâtons-nous de le dire, ces cas sont toujours isolés ; il n'y a pas, même dans les faubourgs les plus malsains, de véritable épidémie de rue ou de maison. Cela tient vraisemblablement à la bonne direction du service de désinfection et à la surveillance de la distribution des eaux potables. Toutes les recherches nouvelles tendent bien à prouver, comme nous l'avons déjà dit, que l'eau est la véritable et presqu'unique origine du choléra actuel. L'épidémie a éclaté en effet dans les pays suburbains alimentés par l'eau de Seine prise en aval de Paris. Les communes alimentées au contraire par l'eau prise en amont sont restées indemnes : citons Ivry, Vitry, Charenton, Alfortville, Vincennes, Fontenay, etc. Il paraît même démontré par certaines parties du rapport de M. le Dr Proust, tenues secrètes par M. le Ministre de l'Intérieur, que plusieurs communes suburbaines, comme Aubervilliers, Argenteuil, généralement alimentées par des eaux de la Marne et de l'Oise, en ont été brusquement privées par l'Administration des eaux, sous prétexte d'économie. Une conduite s'étant trouvée obstruée, et les dépenses à faire pour les travaux de dragage devant être beaucoup trop considérables, la Compagnie n'a pas hésité à donner une eau prise en un endroit très différent, sur le trajet perméable de la conduite. A partir de ce moment précis, l'épidémie a commencé à Aubervilliers et à Argenteuil. Quoi qu'il en soit de la responsabilité encourue par la Compagnie des Eaux, ce choléra parisien est certainement d'origine locale ; il provient des germes latents, qui datent probablement de 1884 et qui sont restés à l'état de spores ou de saprophytes dans certains marais stagnants jusqu'au moment où on leur a ouvert la porte pour les distribuer avec largesse aux habitants de plusieurs communes. Comme on le sait d'après les études de Koch, de Bochefontaine, de Haffkine, de Netter, le bacille reprend sa virulence en passant par plusieurs séries d'organismes humains, et de presqu'inoffensif qu'il était, si on lui fait subir ce nouveau voyage dans l'intestin humain, il redevient rapidement vigoureux et prolifique et peut tuer en quelque heures.

Notre conclusion sera donc toujours la même : Bien surveiller l'eau potable et afin de n'être pas victime des négligences ou même des combinaisons coupables de la Compagnie des Eaux, se servir d'eau bouillie, comme boisson.

On croit généralement que l'eau bouillie est une mauvaise eau potable. Il y a là une exagération. M. Guinard a montré que l'eau stérilisée par l'ébullition contient encore, contrairement à ce qu'on dit, une notable quantité de gaz, d'acide carbonique notamment.

L'eau filtrée peut n'être pas toujours absolument aseptique, comme le prouve la communication de MM. Babès, à l'Académie, que nous avons résumée dans un numéro précédent.

Pour être efficace, la filtration doit être parfaite. Or, quel que soit le filtre, elle est très difficile à obtenir. Le filtre peut même être un danger, car il donne une sécurité trompeuse, alors que par une fêlure passée inaperçue il devient un milieu de culture.

Le filtre neuf est imparfait ; le filtre sale, et il faut deux jours, quand il s'agit d'eau de Seine, pour le boucher complètement, exige un nettoyage. En le nettoyant on peut le briser. Bref, pour toutes ces raisons, le Conseil d'hygiène a conseillé l'eau bouillie plutôt que l'eau filtrée.

Dans l'eau bouillie seule est la sécurité absolue.

On peut aussi se servir du nouveau procédé de MM. Babès, qui consiste à stériliser l'eau par la

limaille de fer ou par l'alun (Voir no 31 du *Concours médical*).

Enfin, dernièrement, M. le Dr Pauthier, de Senlis, a indiqué un procédé commode pour administrer l'acide lactique dans les boissons, comme prophylaxie du choléra.

Les travaux de Winter et Lesage ont prouvé que, chez l'homme, le poison cholérique naissant dans l'intestin, y était solubilisé à la faveur de l'alcalinité du milieu. Or, d'après cela, n'est-il pas naturel de chercher à acidifier ce milieu pour le rendre impropre à la prolifération du bacille ? Pour atteindre ce but, l'acide lactique est tout indiqué. C'est, en effet, un astringent, un antiseptique, qui, pris à l'intérieur, acidifie l'intestin, et par suite, neutralise les substances toxiques, qui sont en majorité alcalines ou peuvent se dissoudre dans les alcalins.

Il suffirait, pour rendre pratique son ingestion, de faire fabriquer, pharmaceutiquement, soit des siphons d'eau gazeuse acidifiée avec de l'acide lactique (1 à 5 grammes), soit des siphons de limonade acidifiée dans des proportions analogues. Employée comme succédanée de l'eau de Seltz vulgaire ou d'une eau de table gazéifiée quelconque, cette boisson ne parait nullement nuisible prise en quantité modérée. Il est bien entendu que la fabrication devrait être soumise à une surveillance et à une réglementation spéciales.

De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse chez l'enfant.

M. *Aldibert*, dans la *Revue des maladies de l'enfance*, démontre, par des chiffres, la curabilité de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie. Cette opération est inoffensive, lorsqu'elle est faite dans des conditions aseptiques ou antiseptiques ; elle guérit la péritonite tuberculeuse et le nombre des succès est de beaucoup supérieur à celui que l'on peut attendre du traitement médical. Mais elle n'est pas applicable à toutes les formes de tuberculose péritonéale, car certaines d'entre elles sont au-dessus des ressources chirurgicales.

Au point de vue du manuel opératoire, dans les ascites libres et généralisées, l'incision sera médiane et sous-ombilicale ; la section des divers plans doit être faite avec beaucoup de lenteur et de prudence.

L'abdomen ouvert, il faut évacuer l'ascite aussi complètement que possible. Le lavage peut être utile ; on se servira d'eau stérilisée et bouillie, saturée d'acide borique, à 38 degrés ; on peut aussi employer d'autres solutions, telles que l'acide salicylique à 3 pour 100, le thymol, l'acide phénique à 1/100, la teinture d'iode à 1/1000. On peut ensuite faire la toilette du péritoine avec du sublimé à 1/1000 ou du naphtol camphré dans les cas où l'on a rompu des adhérences ; quant à l'insufflation de poudres aseptiques, telles que l'iodoforme, elles sont dangereuses chez l'enfant.

Cela fait, on referme l'abdomen par trois plans de sutures ; il est inutile de drainer, car cela expose à des fistules interminables.

Dans les formes ascitiques enkystées, l'incision doit porter directement sur la collection liquide. On se trouve parfois en présence de sérieuses difficultés, car ces péritonites simulent, à s'y méprendre, des kystes de l'ovaire. La collection ouverte, évacuée, on se conduira comme précédemment. On ne touchera pas aux adhérences de peur d'inoculer la grande cavité et d'avoir des perforations et des fistules intestinales secondaires. On réséquera les lambeaux péritonéaux décollés et l'on ne drainera que si l'on a un suintement abondant à redouter.

La conduite sera identique dans les formes suppurées. Ici, le lavage et le drainage s'imposent, de même qu'une toilette soignée du péritoine avec un antiseptique énergique (sublimé à 1/1000, naphtol camphré, chlorure de zinc à 1/20 ou 1/10).

Dans les formes sèches sans adhérences, l'abdomen ouvert et lavé sera refermé par une suture complète, sans drainage.

Restent les péritonites adhésives. Il faut ici agir avec des précautions extrêmes, qui n'empê-

FEUILLETON

Les si....

Si j'étais étudiant..... si je pouvais recommencer ma vie et rattraper ma jeunesse, avec laquelle j'ai divorcé depuis trop longtemps, hélas, comme je l'emploierais mieux !

En songeant aux sottises de la vingtième année, a-t-on dit, comme on s'arracherait des cheveux plus tard..... si on en avait. — Il est question de sottises, dans cette mélancolique constatation; soit, on a toujours tort d'en faire ; mais est-ce manquer de sagesse que de profiter de ce doux surnumérariat de la vie, où tout nous sourit, où on a devant soi les longs espoirs, — temps de largesses, où le cœur hospitalier demeure ouvert à tous ? On aime sans marchandage ceci, cela, n'importe quoi ; et si l'objet adoré, inerte ou indifférent, n'a rien à donner en échange, qu'importe, on a des désirs pour deux, on aime pour deux et tout est dit !

Décidément, *Byron* a eu grandement raison d'écrire qu'on ne peut pas se consoler d'avoir eu 25 ans et de ne plus les avoir.

Donc, si je pouvais reverdir, je ne crains pas de l'avouer, au risque d'être accusé de soutenir une thèse égrillarde et d'avoir des regrets séniles, je ne perdrais pas une occasion d'effeuiller les marguerites, écloses sur mon chemin.

Certes, l'étude serait ma maîtresse de prédilection; je ne gaspillerais pas mes journées avec une prodigalité sardanapalesque ; mais, après avoir donné la meilleure part de mon temps à l'étude, je ne craindrais pas les joyeuses diversions.

A l'époque où les roses et les corsages s'entr'ouvrent, au lieu de m'enfermer dans des brasseries enfumées et d'y jouer aux cartes, pendant l'après-midi, je préférerais aller courir les bois des environs, en souriante compagnie : — Quelle félicité, après avoir séjourné de longues heures dans une salle d'hôpital ou de dissection, de pouvoir se retremper dans l'atmosphère forestière, loin de l'air municipal et de pouvoir revenir, la joue en fleur, les yeux brillants, le front rafraîchit, l'esprit réconforté !

Alexandre Dumas ayant été sollicité par des jeunes gens de prendre la parole dans une de leurs réunions, les entretint longuement de la fameuse barque de l'espérance : « Nous l'avons tous prise, dirai-je avec le spirituel écrivain ;

cheront même pas toujours de léser l'intestin accolé à la paroi.

Traitement de la rétinite albuminurique.

Les lésions rétiniennes qu'on observe au cours de l'albuminurie ne sont pas en rapport direct avec la quantité d'albumine éliminée, mais elles ont des relations très étroites avec la maladie du rein dont l'albuminurie est un symptôme. Il importe de remarquer cependant que la rétinite albuminurique se produit plus particulièrement chez les sujets prédisposés ; c'est ainsi qu'on explique qu'elle est beaucoup plus fréquente chez les arthritiques que chez les autres individus. Rappelons enfin qu'elle est provoquée par les substances toxiques accumulées dans l'organisme et que le rein ne peut éliminer en totalité.

Sous le rapport de cette insuffisance plus ou moins prononcée du rein, plusieurs conditions peuvent se présenter au cours de l'albuminurie ; ce sont ces conditions qui commandent la marche à suivre dans le traitement de la rétinite albuminurique.

Lorsque le rein est suffisant, l'élimination des substances toxiques s'effectue facilement, même lorsque leur quantité augmente, et il n'y a pas d'accidents, ni rétiniens, ni autres. Mais si le rein est à peine suffisant, et si les substances toxiques sont en plus grand nombre, leur élimination n'a pas lieu et les accidents surviennent : l'urémie apparaît, et les symptômes oculaires, la rétinite, peuvent en marquer le début.

Donc le traitement doit avoir pour objet : 1° de ramener le rein à l'état le plus près possible du maximum de ce qu'il peut faire ; 2° de diminuer autant que possible les substances toxiques, dont les unes viennent du dehors, et les autres de l'organisme lui-même, des voies digestives.

Ce double but est atteint par le régime lacté, non pas parce qu'il augmente la diurèse, mais parce qu'il diminue autant que possible les toxines. En outre, le lait est facilement digéré la plupart du temps, et empêche les indigestions si préjudiciables à ces malades, en augmentant la production des toxines dans le tube digestif.

D'autre part, le rein ne recevant plus alors de substances toxiques, est moins irrité, il a moins de tendance à se congestionner, partant lui-même se prête mieux à l'élimination des produits excrémentitiels, qui n'ont plus de tendance à s'accumuler dans l'organisme et, comme conséquence, le danger de la production des accidents rétiniens est moins grand.

Evidemment, il ne faut pas toujours se borner à ces prescriptions hygiéniques. Lorsque le rein est le siège d'une congestion évidente, il faut employer un dérivatif, en appliquant quelques ventouses sur la région lombaire.

Il faut également assurer la complète élimination des matières de l'intestin, et éviter tout embarras gastrique en prescrivant des purgatifs, qui agissent comme dérivatifs. Si l'on veut obtenir que l'action purgative ait un effet diurétique, on a recours au calomel.

(Bulletin médical).

Des hémorrhagies gastro-intestinales chez le nouveau-né.

L'hémorrhagie gastro-intestinale des nouveau-nés est une affection rare ; cependant signalée par Rilliet, elle a été observée récemment encore par *M. Grynfeltt*, de Montpellier.

Voici résumée, l'étude qu'il vient de publier :

Au point de vue de l'étiologie de ces hémorrhagies, il faut établir deux catégories bien distinctes : tantôt l'hémorrhagie gastro-intestinale existe primitivement et constitue seule la maladie ; tantôt elle se développe au cours d'une affection déjà existante, dont elle n'est qu'une manifestation. D'où, deux sortes d'hémorrhagies gastro-intestinales du nouveau-né : l'une primitive, essentielle ; l'autre symptomatique. Indépendamment de ces hémorrhagies vraies, il peut se pro-

---

laissez-y chanter les femmes pendant quelque temps ; ne les laissez pas trop tenir la barre et Dieu veuille qu'elle vous dépose un jour aux terres où nous n'arbordons plus depuis vingt ans.

Bonne brise et bonne chance. »

....

Si j'étais médecin de campagne.... je me garderais bien d'afficher aucune opinion extrême, de façon à ne m'aliéner personne. Je voudrais être l'ami de tout le monde, sans distinction.

On raconte que le grand Machiavel, un des plus remarquables cerveaux de tous les temps, ne pouvant vivre seul dans la petite ville où il était exilé, ne craignait pas de jouer au cabaret avec des pâtres et des marchands de bœufs, avec lesquels il avait lié connaissance. Mais, *à de certains jours, comme contraste à ce béotisme, Machiavel se couvrait de ses plus beaux vêtements, puis, chez lui, portes closes, lisait Ciceron et Tacite, heureux d'oublier, en compagnie de morts illustres, les plats et grossiers propos de ses partenaires habituels.* L'illustre florentin était un vrai philosophe et j'aimerais à suivre son exemple : après avoir coudoyé, une partie de la journée, des paysans malpropres et grossiers, je m'empresserais, comme dédommagement, de parcourir de bons auteurs, d'oublier les misères de la plaintive humanité, en regardant mes bibelots et mes parterres. Car, je serais entouré de choses agréables à voir et débordantes de sève, de fleurs et de fruits à profusion, une véritable débauche de parfums et de couleurs. J'aurais des serviteurs bien portants, aux joues enluminées, tenant moins du roseau que du chêne, sans compter ma légitime, rebondie aux bons endroits, qui serait sans nerfs, toujours au beau fixe, d'une bonne santé inusable et chez laquelle tout serait loyal, son regard comme ses cheveux, son corsage, aux saines plénitudes, comme la fraîcheur de son teint.

Je ne redouterais pas d'avoir une bibliothèque vinicole remarquable et d'en déboucher fréquemment les échantillons les plus capiteux, ceux dont l'extrait de naissance se perd dans la nuit des caves, en l'honneur du voisinage ou de la parenté. Mon vin pourrait arroser, sans crainte de protestation, de ma part, les gaudrioles les plus facétieuses et les motions les plus hardies. Hirondelles et amis reviendraient régulièrement sous mon toit hospitalier, bien ensoleillé : — Les joies faciles, la paix de l'âme, la sérénité des désirs sembleraient rire sous le vieux marronnier, où on

duire des pseudo-hémorrhagies, dans lesquelles le sang rendu par les vomissements ou avec les selles a une autre origine.

L'étiologie de l'*hémorrhagie vraie essentielle* surtout est entourée d'obscurité et souvent pleine de contradiction.

Parmi les causes prédisposantes, il faut tenir compte de l'âge des nouveau-nés, ainsi que des antécédents morbides des parents.

Dans la majorité des cas, l'hémorrhagie se produit dans les trois premiers jours de la naissance, mais peut survenir beaucoup plus tard. Dans deux cas rapportés par Rilliet, les sujets étaient âgés de 15 et 20 semaines. Le sexe ne joue aucun rôle : mais il n'en serait pas de même, paraît-il, de la santé des parents, soit qu'ils aient une constitution chétive, mauvaise, soit qu'ils présentent des traces d'hérédo-syphilis. Quant à la lenteur du travail et à la compression longtemps prolongée de l'enfant à travers la filière pelvi-génitale, leur influence est encore imparfaitement démontrée.

On n'est guère mieux renseigné sur la pathogénie des hémorrhagies gastro-intestinales des nouveau-nés. A l'autopsie, on a trouvé tantôt des ulcérations de l'estomac et de l'intestin, tantôt une simple congestion, tantôt enfin, une absence complète de lésions. Aussi les opinions des auteurs sont-elles fort divergentes. Rindfleisch, partisan de la théorie asphyxique, fait jouer un très grand rôle aux contractions de l'intestin exigées par l'expulsion du méconium : Klebs, s'appuyant sur les idées microbiennes, attribue les hématémèses et le melœna des nouveau-nés à l'infection septique. De son côté, le professeur Grynfeltt ne voit dans ces accidents que l'exagération d'un état physiologique, qu'une congestion excessive de la muqueuse gastro-intestinale par le fait d'un trouble de la circulation hépatique, en un mot, qu'une véritable saignée déplétive.

Au point de vue clinique, quelques auteurs ont prétendu que l'hémorrhagie était précédée de malaise, agitation, convulsions même. Ces prodromes, s'ils existent, sont insignifiants. Dans la plupart des cas, l'hémorrhagie est le phénomène initial. Le plus souvent le sang apparaît d'abord dans les selles (melœna), puis est rejeté plus tard par la bouche à la suite d'efforts : il est rare que le melœna soit isolé : il survient généralement en même temps que l'hématémèse.

L'hémorrhagie est d'emblée abondante, mais diminue et disparaît avec non moins de rapidité. Elle peut être rapidement mortelle ou déterminer une anémie grave.

Le diagnostic ne peut offrir de difficulté que si le sang reste contenu dans le tube digestif et dans ce cas on doit s'en rapporter aux phénomènes généraux des hémorrhagies internes. S'agit-il de distinguer une hémorrhagie gastro-intestinale d'une fausse hémorrhagie provenant d'une autre source que l'intestin ? On recherchera si l'enfant n'a pas subi quelque traumatisme ou quelque opération chirurgicale sur la bouche, le nez ou le pharynx, ayant donné lieu à un écoulement de sang et au passage de celui-ci dans les voies digestives ou bien encore si la mère ou la nourrice ne présente pas d'excoriations, de gerçures ou crevasses du sein. Il existe d'ailleurs d'autres caractères distinctifs : dans l'hémorrhagie vraie, le sang est moins abondant, plus nettement coloré et les phénomènes généraux sont moins graves que dans la pseudo-hémorrhagie.

Bien qu'on ait prétendu qu'elle constituait une saignée naturelle d'un effet salutaire, il n'est pas moins vrai que cette saignée peut malgré tout déterminer la mort. Aussi bon nombre d'auteurs considèrent-ils cette affection comme très grave, d'un pronostic souvent fatal.

Quant au traitement, il ne diffère pas de celui des hémorrhagies en général : lavements froids, simples ou astringents, applications de compresses froides sur l'abdomen, douches froides, alimentation modérée ; en fait de médicaments, potion au perchlorure de fer (3 à 5 gouttes), ratanhia, tannin, ou autres astringents, enfin ergotine (Widerhofer), à la dose de 10 à 15

---

s'abrite les soirs d'été, et y avoir fait leur nid. — Deux ou trois bébés, bien frais et bien adulés, ainsi que de nombreux oiseaux y représenteraient la note joyeuse : Les rhumatismes et les potins seulement en seraient exclus !

Si j'étais médecin dans une ville..., je me donnerais un congé tous les ans, et, au lieu de tourner toujours dans le même cercle professionnel, sans haltes ni dédommagements, je profiterais de toutes les attractions intellectuelles qui seraient à ma portée. J'irais me retremper de temps en temps à Paris, non pas pour faire une fugue ; mais pour me tenir au courant du progrès scientifique et artistique, m'y dégrossir et subir l'influence des maîtres. Il est indispensable de combattre le mauvais effet de l'air de bêtise qu'on respire en province ; il y a des choses qui tuent l'esprit, et, certaines fréquentations comme la lecture des bons auteurs en sont une sorte de vaccin ; il est prudent de se faire souvent revacciner.

Si j'étais professeur à la Faculté... je ne voudrais pas faire des cours arides, démesurément longs, qui ne sont d'aucune utilité pour les étudiants, auxquels il sont pourtant destinés. — Je ne me confinerais pas, avec un sensuel appétit de flatteries, dans l'orthodoxie d'une petite chapelle, hors de laquelle il n'y a point de salut, ce qui fait qu'on repousse systématiquement les découvertes du camp adverse. — L'hygiène sociale et l'hygiène privée seraient mes principaux objectifs ; j'aimerais mieux enseigner à mes élèves les moyens de prévenir que de guérir ; je leur apprendrais surtout à opposer la toute-puissance de la prophylaxie appliquée aux maladies chroniques en germe, à la fastueuse impuissance de la thérapeutique.

Si j'étais membre de l'Académie de médecine... je ne considérerais pas ma chaise curule comme un lit de repos. — J'aimerais à opposer un frein aux innovations prématurées, à calmer l'ardeur des néophites intransigeants, des inventeurs de nouveautés mal contrôlées, à combattre les microbes et panacées, le reportage scientifique, la hâte d'arriver qui empêche de rien approfondir. — On s'empresse de publier des observations et quinze jours après, les mêmes auteurs annoncent sans émoi des résultats contradictoires.

Je ferais mon possible pour que la génération actuelle n'abandonne pas les méthodes sévères

centigrammes dans une émulsion gommeuse.

M. le professeur Grynfeltt a recours simplement à la potion hémostatique suivante :

Sirop de ratanhia..... 30 grammes.
Tannin.............. 15 centigr.

Du moment le plus favorable pour administrer l'antipyrine chez les phthisiques.

Dans son étude sur le traitement de la phthisie pulmonaire, M. le Dr *Daremberg* pose les indications précises du mode d'administration de l'antipyrine chez les tuberculeux.

« Il ne faut pas, dit-il, *donner l'antipyrine pour abaisser la température, mais seulement pour l'empêcher de monter*. Quelques médecins croient encore qu'il faut donner les antithermiques chez les tuberculeux, comme chez les malades atteints d'une amygdalite aiguë, d'une indigestion, d'une grippe, c'est-à-dire au moment où la température atteint son summum ou commence à descendre. Si l'on agit ainsi, on provoque des sueurs et une détente salutaire chez les premiers malades, mais désastreuses chez les phthisiques qui ne peuvent supporter les brusques dépresssions.

« L'antipyrine peut être donnée par la voie stomacale ou par la voie rectale.

« Lorsque la fièvre débute à 2 heures de l'après-midi et cesse vers 7 heures du soir, il est très facile de la couper. Si elle ne dépasse pas 38° de 5 heures à 7 heures, il suffit de donner 75 centigrammes d'antipyrine à 3 h. 1/2. Si la température atteint 38° à 3 heures et 38°5 à 6 heures, il faut donner 75 centigrammes d'antipyrine une heure avant le déjeuner de midi et répéter cette dose à 3 heures. Si la température atteint 38° 5 à 4 heures et 39° à 6 heures, il faut porter les deux doses à un gramme.

« Si la fièvre se prolonge jusque vers 9 heures du soir, il faut donner un gramme d'antipyrine à 11 heures du matin, et répéter la dose à 2 h. 1/2 et à 6 heures. On arrive toujours avec une dose maxima de 3 gr. d'antipyrine à couper une fièvre qui ne commencera qu'après le grand déjeuner. On la réduit à un maximum de 38° dans les plus mauvais cas, et on arrive ainsi à enlever aux malades les pénibles sensations fébriles. Mais si cette fièvre débute vers 10 heures du matin et se termine à une heure avancée de la nuit, même avec 4 grammes d'antipyrine, on arrivera difficilement à la couper ; il faudra quelquefois aller jusqu'à 5 grammes et donner la dernière dose vers 10 heures du soir, si la température atteint encore 37°7, sinon la fièvre n'est que reculée ; elle se produit pendant la nuit et le malade dort très mal ou transpire abondamment. Quand la fièvre existe dès 8 heures du matin, atteint un maximum de 40° et n'a qu'une courte rémission nocturne, il est absolument inutile de prescrire les antithermiques.

« Chez quelques malades, la température monte avec une telle rapidité, qu'il faut donner l'antipyrine le thermomètre à la main et prendre la température toutes les heures après le début de l'accès fébrile, sinon on pourra donner le médicament quand la fièvre est trop élevée, et on provoquera des sueurs et des vomissements. Aussi, pour ces cas j'ai formulé la règle suivante : *On prendra la première dose d'antipyrine avant que le thermomètre ait atteint* 37°,6, *puis on prendra un nouveau gramme toutes les fois qu'en une heure le thermomètre aura monté de plus de* 3 *dixièmes*.

« Il convient de donner l'antipyrine une heure ou deux heures après les repas ; on pourra la mélanger avec du bicarbonate de soude ou de l'eau de seltz, pour éviter les pesanteurs d'estomac. Les doses de 2 à 5 grammes d'antipyrine peuvent être continuées avec avantage pendant plusieurs mois ; je soigne même un malade qui en prend 4 grammes depuis 17 mois, et qui cesse de manger et de dormir dès qu'il suspend l'usage des antipyrétiques, parce qu'il est très péniblement impressionné par les sensations fébriles.

« Dans la phthisie rapide on ne pourra pas obte-

---

d'observation clinique et de contrôle anatomo-pathologique à l'aide desquelles la médecine moderne a été fondée : — C'est en n'oubliant rien du passé, comme l'a dit éloquemment M. Cadet de Gassicourt, qu'on rend fécond l'avenir.

Si j'étais un grand consultant... par conséquent si j'étais riche et considéré, sans renouveler les folies du bourgeois - gentilhomme, je me garderais bien de ressembler à ces affreux avares secs comme la pierre ponce, chez lesquels il n'y a que des angles aigus et qui attendent toujours d'être morts pour faire des heureux. Comme je ne saurais ni trafiquer, ni liarder, ni boursicoter, ni entasser, il ne me déplairait nullement de tolérer des parasites autour de moi et même de jouer au Mécène.

Je n'estimerais pas la valeur d'autrui d'après mon argent et je m'en servirais au contraire pour faciliter l'essor des jeunes, ceux qui seraient vraiment méritants, pour m'entourer de tout ce qui élève l'esprit, de tout ce qui ennoblit le cœur, pour semer des bienfaits à pleines mains et sans compter.

Si j'étais roi... d'Yvetot ou d'ailleurs, je ne voudrais user de mon pouvoir que pour faire plus de bien que les autres hommes ; je cherchera is à prouver que Tacite a calomnié les Césars, en agissant autrement qu'eux. — Je me souviendrais que la véritable royauté doit s'appuyer sur les intelligences, et, à ce titre, j'exigerais que mes fonctionnaires fussent autre chose qu'un composé d'un peu de drap et de beaucoup de broderies. Je ne prendrais pas le plus d'argent possible à une partie de mes sujets pour le donner à l'autre partie ; les hommes ne seraient pas des fleurs créées pour les abeilles et livrées aux frelons.

Si j'étais tout-puissant... je supprimerais la laideur physique et morale, j'enverrais du pain à ceux qui m'en demandent, au lieu d'en donner à satiété à ceux qui n'en ont pas besoin, je n'abandonnerais rien au hasard et je ne fournirais pas prétexte aux libres-penseurs de s'écrier : Puisque Dieu est bon, pourquoi existe-t-il tant de mal ?

Si j'étais tout puissant... : Hélas, je m'aperçois bien que je ne le suis pas. Il me coûte énormément de démolir le fantasque édifice, que je viens de construire gratuitement ; si j'étais maître absolu, je le laisserais debout !

Dr Grellety (de Vichy.)

nir une disparition de la fièvre, parce que les élévations thermiques atteignent parfois un degré et demi en une heure, et qu'on ne peut plus graduer les doses de façon à éviter les sueurs profuses et les vomissements ; mais on peut donner une bonne matinée et une bonne demi-journée aux malades, en leur faisant absorber 2 grammes d'antipyrine à huit heures du matin ; alors ils mangent bien à neuf heures ; puis 2 autres grammes à onze heures et demie et ils mangent très bien à midi et demi ; la fièvre apparaît vers trois heures, mais il est absolument impossible de la combattre avant le lendemain matin. Quelquefois il est bon de cesser les antithermiques pendant quelques jours ; ils agissent mieux quand on en reprend l'usage. Si la fièvre diminue et tend à disparaître, il est bon de continuer pendant plusieurs jours 75 centigrammes d'antipyrine avant midi ; cette dose suffit à donner de bonnes journées et de bonnes nuits aux malades. »

Nous avons indiqué dans notre précédent numéro (nº 32), les médicaments qu'il faut éviter d'associer à l'antipyrine, si l'on ne veut pas produire de réactions chimiques contraires, dans l'estomac.

Du rôle de l'antipyrine comme anesthésique local dans les maladies de la gorge et du larynx.

Le Dr *Saint-Hilaire* démontre qu'en instillant quelques gouttes d'une solution concentrée d'antipyrine dans l'œil d'un lapin, on amène d'abord une douleur assez vive qui disparaît rapidement pour être suivie d'une anesthésie absolue. L'anesthésie produite par l'antipyrine est complète ; elle porte sur la sensibilité au toucher, au chaud et au froid ; cette dernière revient la première. La durée de l'anesthésie est le plus souvent de une heure à deux heures. Pour que l'effet anesthésique soit produit, il faut que le titre ne soit pas inférieur à 30 p. 100. Ces propriétés peuvent être utilisées dans le traitement de certaines affections douloureuses et réflexes de la gorge et du larynx, et surtout dans les cas où l'on veut obtenir une analgésie prolongée, dans les cas d'ulcérations tuberculeuses douloureuses par exemple. La formule employée par l'auteur est la suivante :

Antipyrine...... 4 grammes.
Eau distillée..... 10 —

Pour éviter la douleur de l'application, on peut ajouter de 0,15 centigr. à 0,25 centigr. de chlorhydrate de cocaïne. Ce dernier agent sera réservé aux cas où on veut obtenir une anesthésie rapide et peu durable ; mais l'antipyrine lui sera toujours supérieure, en dehors de ses propriétés antiseptiques, si on cherche une anesthésie prolongée.

CHIRURGIE PRATIQUE

Du cathétérisme spécial.

Le cathétérisme n'est pas le même, suivant que l'on se sert, par exemple, d'une sonde métallique courbe ou d'une sonde courbe en gomme : il est donc utile d'étudier chaque manière de sonder, avec les principaux instruments qui sont employés dans la pratique. Je m'occuperai donc :

1º Des instruments rigides courbes ; 2º des instruments flexibles courbes ; 3º des instruments rigides coudés ; 4º des instruments flexibles coudés ; 5º des instruments simples en caoutchouc ; 6º des instruments flexibles, droits ; 7º des bougies filiformes.

1º *Des instruments rigides courbes.*

C'est le cathétérisme généralement le plus employé par les praticiens, surtout à la campagne, avec la sonde de trousse ; c'est évidemment le plus dangereux ; car, règle générale, il faut se servir d'une sonde métallique le moins possible et de la sonde de trousse pour ainsi dire jamais, sa courbure étant défectueuse. Ce cathétérisme est surtout utile dans les cas d'exploration vésicale ou pour dilater un rétrécissement avec les bougies Béniqué.

La meilleure sonde courbe métallique est celle qui est formée par deux tiges perpendiculaires l'une à l'autre et réunies par un arc de cercle : l'une des tiges, le bec, ayant 3 centimètres de longueur. Quand il s'agit de sonder un vieillard avec une sonde courbe métallique, cette dernière doit avoir une très grande courbure réunie par un coude au manche horizontal : c'est la forme Béniqué avec un rayon plus considérable.

Le praticien doit observer les régles suivantes dans le cathétérisme avec la sonde courbe métallique : le bec de l'instrument ayant franchi le méat et la fosse naviculaire, on le fait cheminer à travers le canal, en suivant la paroi supérieure de ce dernier, non seulement en le poussant, mais en tirant sur la verge : arrivé au fond du bulbe, un léger mouvement de bascule le fait pénétrer dans la portion musculaire et la continuation de ce mouvement achève le cathétérisme.

Mais il n'est pas indifférent de prendre la sonde d'une façon quelconque : la manière de tenir la sonde, pour lui faire parcourir la partie flexible du canal, n'est plus la même que celle qui doit être employée pour traverser le bulbe et entrer dans la portion musculeuse ; en effet dans le premier cas, la sonde est dans le pli de l'aine ; dans le deuxième, elle est parallèle à l'axe du corps.

Donc, la verge ayant été saisie comme je l'ai indiqué, prendre la sonde par le pavillon, entre les quatre doigts et le pouce de la main droite, le pouce en dessus, les autres doigts en dessous ; placer la main droite en dehors et un peu au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure ; présenter le bec de l'instrument en bas et en avant et le plonger dans la première portion du canal, en amenant l'extrémité de la verge avec le pouce et l'index de la main gauche et en élevant légèrement la main droite.

La sonde tout en ayant le manche parallèle à l'aine est menée ainsi jusqu'au fond du bulbe : c'est à ce moment que le pavillon doit être ramené dans l'axe du corps : pour cela il suffit de lâcher la sonde de la main droite et, de la main gauche permettre à la verge allongée de revenir sur elle-même sans toutefois l'abandonner, puis ramener la main gauche dans la supination forcée, la face dorsale sur le pubis : de cette façon la verge et la sonde sont ramenées dans l'axe du corps ; la main droite ressaisit alors la sonde comme une plume à écrire ; on tire sur la verge, on enlève le pavillon de la sonde et le bec s'engage dans la portion musculeuse.

Quand le bec est engagé dans cette portion du canal, la main gauche doit lâcher la verge et ser-

CORRESPONDANCE
(*Suite*)

Dr B. — Vous nous demandez de fixer des honoraires, dans des conditions spéciales de fortune et de dérangement. Puisque vous avez été assisté, en consultation, ou pour opérations, par d'honorables confrères de B..., c'est à eux qu'il faut demander ce service, si vous craignez des contestations. Ils sont au courant des honoraires pratiqués dans votre région. Ce n'est pas notre cas.

Dr F., Paris — Vous devez actionner l'ouvrier, qui mettra en cause son patron et, celui ci, la Compagnie d'assurances. Patron et Compagnie ne vous connaissent pas, à moins que le patron ne vous ait demandé par écrit ; ou que vous ne puissiez prouver qu'il s'est chargé des soins médicaux.

M. C. méd., à P. L. D. — Non, nous ne pouvons savoir, en ce moment quelles seront les matières des épreuves imposées aux officiers de santé qui voudraient acquérir le titre de Docteur. Nous ne croyons pas que le Conseil supérieur de l'Instruction publique qui doit rédiger le programme, puisse s'en occuper avant l'adoption par le Sénat, en octobre ou en novembre, de la loi votée par la Chambre. La loi passée, nous demanderons que ce programme soit étudié et publié pour que les intéressés puissent se préparer. Venez, si possible, à notre Assemblée générale de novembre, avec vos amis et nous verrons les démarches à faire ensemble.

Dr M., à V. — On nous a répondu que la limite de 26 ans était absolue et que l'année scolaire ne pouvait entrer en ligne de compte, si elle n'est pas terminée. En ce qui concerne la deuxième question, prière d'écrire au Secrétaire de la Faculté de médecine. Pour l'ouvrage sur la loi militaire, écrivez à la Société d'Editions scientifiques, en indiquant si vous voulez parler des commentaires de la loi militaire au point de vue médical. Nous avons publié la récente modification votée par le *Sénat*. On a répondu à votre désir au sujet du choléra. On continuera, selon les circonstances.

Dr P. 1395. — Remerciements pour les collections. On a publié votre avis et on continuera deux ou trois numéros. S'il y avait de-

SERVICE D'ANALYSES ET D'EXAMENS MICROSCOPIQUES

Adresser les échantillons (par colis postal, quand ce sont des liquides) à M. le Dr Lorin, pharmacien de 1re classe, 26, rue de l'Abbé-Grégoire à Paris.

Pour les analyses d'urine, la quantité nécessaire est de 300 grammes environ, qui doivent être prélevés sur le total de l'urine des 24 heures, après agitation suffisante pour obtenir un mélange exact.

L'analyse ordinaire (prix 10 fr.) comprend la détermination de la densité à 15° de la réaction, le dosage de l'urée, la recherche et le dosage de l'albumine, la recherche et le dosage (au saccharimètre) du sucre, la recherche des éléments biliaires, l'examen microscopique des sédiments (cristaux, déchets épithéliaux, tubes rénaux, etc.) ; enfin un résumé, et si le cas le comporte, la discussion symptomatologique.

Si le médecin désire une détermination en sus de celles qui viennent d'être indiquées, il est prié de le faire savoir.

Il est avantageux de faire savoir quelle est la quantité d'urine émise en 24 heures et si le malade suit un traitement (alcalin, sulfureux, ioduré, etc.), de l'indiquer.

Réponse dans les 48 heures.

Les crachats suspects de contenir des bacilles, peuvent être envoyés entre des lames de verre et par la poste.

SERVICE DES NOURRICES SUR LIEUX

Quand on désire, dans le but de rendre service à une nourrice, lui procurer une nourriture sur lieux, dans la famille d'un nourrisson, il suffit de remplir un des bulletins que nous envoyons dans ce but et de l'adresser à l'Administrateur du *Concours médical*, 23, rue de Dunkerque. (Lui en réclamer, si on n'en possède pas.) Ce bulletin rempli, la nourrice doit se procurer : 1° Un certificat médical que délivre le médecin-inspecteur des enfants en bas âge, constatant son aptitude comme nourrice ; 2° un certificat du maire de sa commune que lui délivre le secrétaire de la mairie. Alors elle attend d'être avisée par Madame Monod qu'elle peut partir. Dès son arrivée, Madame Monod, directrice du service de placement de nourrices du *Concours médical*, rue Pascal, 13, après avoir rempli les formalités administratives, s'occupe de lui trouver une famille. Mais la postulante peut attendre plusieurs jours, avant d'être placée ; car cette éventualité dépend de sa physionomie, de ses aptitudes nourricières et aussi des caprices des familles. Ces délais sont dans la nature des choses.

En ce qui concerne les **nourrissons au sein à emporter** *en province et les* **nourrissons au biberon,** *nous avons dit, à bien des reprises, depuis plusieurs années, que nous avions renoncé à ce* **service** *qui a présenté trop de difficultés lorsque nous l'avons pratiqué pendant deux années.* **Donc ne pas remplir de bulletins en vue de nourrisson au sein à emporter,** *et* **nourrisson au biberon.**

mandes verbales, on communiquerait votre lettre aux intéressés.

Dr E., à E. (Marne). — Le compte rendu du *Syndicat* sera publié au Bulletin. Nous nous conformerons, à votre désir, au sujet de la différence de compte.

Dr L., à N. (Côte-d'Or). — On verra à vous satisfaire, en rendant compte de cette dernière méthode ; il faut tenir compte de l'exagération qui se produit toujours en pareille circonstance.

Dr D., à A. — Regrets de ne vous avoir pas rencontré et compliments empressés.

Membres du Concours exerçant dans les stations thermales.

Ax (Ariège).
Dresch.
Bagnères-de-Luchon.
P. Ferras.
Bains (Vosges.)
Pommageot.
Bondonneau (Drôme).
Cazenave de la Roche.
Bouqueron-les-Eaux (Isère).
Gaillard.
Bourbon-Lancy.
Goëde.
Cauterets.
Duhourcau. — Miquel-Dalton. — Pedebidou. — Bordenave.
Capvern-les-Bains.
Clavérie.
Challes (Savoie).
G. Petiau.
Contrexéville
Debout d'Estrées.
Eaux-Bonnes.
Le Riche.
Enghien-les-Bains.
Cullias.
Evian-les-Bains.
Rocque. — Dumur.
Gérardmer.
Greuell.
La Bourboule.
Meneau. — Nicolas. — Noir. — Olivier. — Veyrières.
Lamalou-l'Ancien.
Donadieu.
Luxeuil
Barbaud. — Viciot.
Mont-Dore.
Geay. — Tardieu.
Motte-les-Bains (Isère).
De Langenhagen.
Néris-les-Bains.
Morice. — Allot.
Pougues-les-Eaux.
Mignot.
Royat.
Puy-le-Blanc.
St-Honoré-les-Bains.
Marius Odin. — Comoy.
Salies-de-Béarn.
Vigneau.
Salins.
Bourny. — Compagnon.
St-Sauveur.
Sabail.
Ussat-les-Bains.
Cenac.
Vals.
Lagarde.
Vichy.
Aurillac. — Charnaux. — Fournier. — Frémont. — Grellety. — Navault. — Therre. — Veillon.

vir à pincer de haut en bas sur le pubis, pour relâcher le ligament suspenseur de la verge et faciliter le mouvement de bascule.

En résumé, dans le cathétérisme avec les instruments courbes, le bec, étant très court, s'adapte facilement à toutes les directions du canal, même dans la portion qui est la moins mobile ; le manche n'est que le prolongement des doigts du chirurgien qui insinue la petite tige presque dans la cavité vésicale.

Comme nous l'avons vu, l'obstacle causé par la fosse naviculaire est évité en dirigeant le bec de la sonde en bas et en avant.

Un point très important, c'est qu'il ne faut abaisser le pavillon entre les jambes du malade que quand on a la certitude qu'on est bien engagé dans la portion musculeuse : c'est une affaire de tact des doigts.

Si l'on était obligé de sonder le malade debout, avec une sonde rigide courbe, on emploierait le procédé suivant :

Le chirurgien, assis devant le malade, prend la verge de la main gauche, de la même façon que dans la position couchée : la sonde, saisie comme une plume à écrire, est placée dans le plan de l'aine gauche : on introduit le bec jusqu'au fond du cul-de-sac en poussant légèrement et en tirant sur la verge.

Arrivé à ce point du canal, le chirurgien met la verge et la sonde dans le plan vertical, tire la verge assez fortement en la rapprochant de l'abdomen et introduit le bec dans la portion musculeuse, en ayant soin, dans les cas très difficiles, de relever d'abord ce bec et de lui faire suivre la paroi supérieure.

Pour faire parvenir la sonde dans la vessie, le chirurgien lâchant la verge de la main gauche, saisit la sonde avec les deux mains par les anneaux du pavillon et pousse très lentement en faisant basculer l'instrument et le dirigeant du côté du rectum. Il ne faut pas oublier que l'abaissement, doit aller, en général, dans un canal sain, jusqu'à ce que le manche de l'instrument soit parallèle aux cuisses du malade.

2° *Instruments flexibles, courbes.*

En ce qui concerne les instruments courbes flexibles, il faut toujours se servir d'une sonde courbe à bout olivaire. La manœuvre est à peu près la même que pour l'instrument rigide de même forme ; il faut cependant, faire les modifications suivantes : la sonde est prise entre les quatre doigts et le pouce au voisinage de la courbure, en reculant les doigts au fur et à mesure de l'enfoncement de la sonde.

J'ai indiqué, plus haut, qu'une cause fréquente d'obstacle à l'introduction des tiges flexibles, c'est le défaut de résistance de la paroi inférieure du bulbe, qui se laisse refouler et sur laquelle le bec de l'instrument ne réussit pas à se recourber convenablement. On peut remédier à cet inconvénient, en ayant bien soin de donner une forte courbure à la sonde avant son introduction, et en la retirant légèrement du cul-de-sac du bulbe suivant exactement la paroi inférieure ; soit enfin par la manœuvre indiquée par Civiale. Elle consiste à soutenir la paroi inférieure du bulbe à travers les téguments au moyen de l'index ou du médius de l'une des deux mains, tandis que de l'autre on presse légèrement sur la tige de la sonde, dans une direction elle que le bec rencontre perpendiculairement l'appui qui est ajouté à la paroi de l'urèthre. On sent alors l'instrument se recourber sur le doigt, qui est placé au périnée, puis franchir ce qui lui reste encore à parcourir du canal pour arriver dans la vessie.

Quelquefois, il ne suffit pas de soutenir la paroi de l'urèthre avec le médius : il faut en outre, avec l'index et le pouce de la même main, causer un mouvement de traction en bas avec la portion de la sonde, voisine du bec, au moment où celui-ci bute sur le médius et est un peu relevé par un mouvement de projection en haut opéré par ce dernier doigt. Rarement enfin, lorsqu'on opère avec un instrument rigide, il est nécessaire d'introduire un doigt dans le rectum pour diriger le bec.

3° *Instruments rigides coudés.*

Le cathéter coudé rigide est formé de deux tiges droites qui se réunissent à angle obtus : il tient à la fois de l'instrument droit et de l'instrument courbe : cependant, il est facile de se rendre compte qu'il ne faut plus songer à avoir l'axe du bec dans l'axe du canal, mais au contraire cet axe sera perpendiculaire ou à peu prés avec ce dernier.

Cet instrument écartant les parois uréthrales à leur maximum a une introduction douloureuse.

Il faut avoir soin de suivre toujours la paroi supérieure, ce qui permettra au bec d'arriver facilement et directement dans la portion musculeuse.

M. le professeur Guyon emploie un autre procédé : il dirige le bec de manière à ce que l'instrument, par sa seule position tende transversalement le cul-de-sac du bulbe et parconséquent efface sa profondeur : il suffit alors de faire tourner le bec pour qu'il entre directement dans la portion musculeuse. La tige et l'instrument sont saisis de la même façon que pour la sonde courbe, mais en élevant davantage la main droite, ce qui rend plus facile le changement de direction de l'axe de l'aine en celui du corps.

4° *Instruments flexibles en caoutchouc.*

L'introduction de ces instruments peut se faire avec ou sans mandrin.

1° Sans mandrin : il suffit de saisir l'instrument à deux centimètres du bec, de l'introduire et de le faire progresser en appuyant légèrement et le tournant en forme de vrille et en ayant soin que jamais les doigts du chirurgien ne saisissent la sonde à plus de 2 cent. du méat. La traction de la verge est très utile, mais l'instrument trouve tout seul sa direction.

2° Avec mandrin : on rentre alors dans les cathétérismes indiqués plus haut, suivant la forme du mandrin, coudée ou courbe.

Je rappellerai une manœuvre très utile, en cas d'hypertrophie prostatique, qui consiste à retirer le mandrin quand le bec de la sonde est dans la portion musculeuse ; il se produit alors une courbure exagérée qui facilite l'introduction du bec dans la région prostatique déformée.

5° *Instruments flexibles droits.*

Il n'est pas possible de fournir, dans ces cas d'introduction, des méthodes sûres et pratiques : c'est une affaire de chance pour le chirurgien et une question de développement de tact des doigts. Ces instruments sont surtout employés dans les

cas de rétrécissements, ce qui complique leur introduction.

Je viens d'étudier la manière dont chaque instrument de forme spéciale doit être introduit dans un canal supposé sain : il faudrait étudier les modifications à introduire au manuel opératoire, dans chaque état morbide du canal, ce qui n'est pas possible ici.

Je me contenterai de résumer les règles sur le cathétérisme en général, dans un canal à l'état normal.

1° Le chirurgien sera toujours placé à droite du malade, dans le cathétérisme, le sujet étant couché.

2° Le chirurgien sera placé en face du malade dans le cathétérisme, le sujet étant debout.

3° Que le malade soit couché ou debout, la position prise par lui, doit être de telle sorte qu'il ne puisse avoir de points d'appui lui permettant des efforts de contraction.

4° Le chirurgien doit éviter tout ce qui avant ou pendant l'opération peut augmenter la susceptibilité nerveuse du malade.

5° Les instruments doivent toujours être bien graissés ou huilés dans toute leur longueur et non pas seulement à la pointe.

6° Dans le cathétérisme, le malade étant couché, on doit toujours placer un coussin sous le siège : la hauteur de ce coussin sera proportionnée à la mollesse du lit et à l'âge de l'opéré.

7° Les organes génitaux de l'opéré doivent être à la hauteur des coudes de l'opérateur.

8° La verge sera prise de façon à remplir les deux conditions suivantes :

Pouvoir tirer sur elle, sans avoir crainte de n'amener que les téguments.

Laisser libre le canal de l'urèthre.

9° Le méat s'ouvre très facilement en prenant la base du gland.

10° Quelle que soit la position du malade, lorsqu'on se servira d'instruments courbés ou coudés, ils devront être placés dans la direction d'une des aines avant leur introduction (aine droite, sujet couché, aine gauche, sujet debout)

11° Quelle que soit la position du malade, lorsqu'on se servira d'instruments droits, ils devront être placés dans l'axe du corps avant leur introduction.

12° La verge sera tirée assez fortement, sans excès cependant, tant que le bec de la sonde ne sera pas arrivé au fond du bulbe.

13° Le bec étant dans la portion musculeuse, les tractions sont inutiles.

14° Avant de faire basculer l'instrument :

A S'assurer que le bec est bien engagé dans la portion musculeuse.

B Relâcher le ligament suspenseur.

On saura que l'on est entré dans la portion musculeuse d'après les indications suivantes : sensation d'obstacle, puis obstacle franchi : sensation de préhension comme si l'instrument était pris dans un tube en caoutchouc un peu étroit : le bec est saisi par les muscles de cette portion, et si on laisse l'instrument, celui-ci reste maintenu : petite sensation de douleur accusée par le malade.

15° Le cathétérisme doit toujours être fait avec la plus grande douceur, sans force, ni pression exagérée : toute violence, même successive, doit être écartée.

Cathétérisme par le malade.

En thèse générale, on ne doit jamais laisser le malade se servir d'instrument métallique : on prescrira au malade soit une sonde courbe à bout olivaire, en gomme, ou une sonde en caoutchouc rouge, dite sonde de Nélaton.

Lorsque le malade peut se lever, il vaut mieux qu'il se sonde debout, appuyé contre un mur ou sur le bord du lit, un vase devant lui, sur une chaise.

Le cathétérisme se résume en 3 temps 1° enfoncer la longueur du bec, 2° tirer la verge sur la sonde ; 3° appliquer la verge et la sonde sur la paroi abdominale et pousser directement du haut en bas, puis basculer quand on est dans la portion musculeuse.

Plusieurs difficultés inhérentes à ce genre de cathétérisme doivent être surmontées. Nous laisserons de côté la gaucherie du malade au début de la pratique : c'est une affaire de patience et de temps.

Le méat urinaire n'est pas toujours facile à trouver pour le malade, soit par suite de sa vue affaiblie, soit parce que le ventre est trop volumineux, soit enfin pour des causes spéciales, le méat étant trop étroit ou le gland ne se découvrant pas.

Si le malade ne peut voir le méat, il tiendra la verge verticalement de la main droite ; de la main gauche, avec l'index, il cherchera l'orifice du méat urinaire : quand il l'aura trouvé, il laissera l'index appliqué dessus et placera les autres doigts autour de la verge, pour la maintenir et laissera libre la main droite : de cette dernière, il saisira la sonde près de la courbure, le bec directement en bas, et conduira celui-ci sur l'index de la main gauche, qui le guidera jusqu'au méat urinaire, sur lequel il est appliqué.

Si le méat est trop étroit, le chirurgien n'hésitera pas à le débrider.

Si le gland ne se découvre pas, le malade tiendra la verge verticalement de la main gauche : il prendra la sonde de la main droite près de la courbure, le bec directement en bas, l'insinuera par l'ouverture du prépuce et le fera descendre entre le prépuce et la face dorsale du gland jusqu'à la base de ce dernier : là, il remontera de bas en haut sur la ligne médiane et appuiera un peu avec le bec de temps en temps quand il arrivera vers le sommet du gland : la sonde touchera ainsi le méat.

Le chirurgien recommandera bien au malade de saisir la verge à la base du gland et d'éviter la pression sur le canal. Lorsque la sonde arrive au bulbe et ne passe pas, il faut que le malade la retire légèrement en haut, tire sur la verge et pousse doucement. Le mouvement de bascule ne doit être fait que la sonde bien engagée dans la portion musculeuse, s'il s'agit d'une sonde courbe en gomme.

Une fois que l'urine coule, la sonde ne doit pas être enfoncée plus profondément ; quand la vessie semble vidée, il ne faut retirer la sonde que très lentement ; souvent il ressort de nouveau de l'urine après une première interruption du jet.

En ne craignant pas d'entrer dans les détails les plus minutieux pour instruire son malade dans la pratique du cathétérisme, le médecin évitera bien des accidents dus à l'imprévoyance et à l'inexpérience. Beaucoup de personnes, obligées de se sonder plusieurs fois, quotidiennement, finis-

sent par avoir une telle habitude du cathétérisme qu'elles ne mettent plus de prudence dans le maniement de la sonde : c'est une pratique dangereuse ; de même que de se servir de sondes rugueuses, craquelées.

Le chirurgien ne doit pas employer un instrument au hasard, mais se servir d'une forme d'instrument déterminée par le diagnostic établi ; il ne doit pas non plus laisser le malade se servir hors de propos de la sonde : cette dernière doit être, pour ainsi dire, dosée, comme emploi, à l'égal d'un médicament.

Il nous reste, pour terminer ce travail sur le cathétérisme, à nous occuper de l'antisepsie des instruments, du chirurgien et du malade.

Dr DELEFOSSE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Affranchissement insuffisant des notes d'honoraires.

Nous avons reçu la lettre suivante :

Monsieur le Directeur,

Notre ancien président du syndicat médical de Montaigu, M. le Dr E.., est poursuivi par le parquet ...., pour avoir envoyé, à ses mauvais clients, sous enveloppe ouverte et avec un affranchissement de 0.05 cent. l'imprimé que je vous adresse. Est-il dans son droit, et s'il ne l'est pas, comment pourrait-il se tirer de ce mauvais pas ?

Dr C.

président du syndicat de Montaigu.

ASSOCIATION DES MÉDECINS SYNDIQUÉS DE MONTAIGU (Vendée)

CABINET DU Dr

M

J'ai l'honneur de vous informer que la note des honoraires que je vous ai adressée n'ayant pas été soldée, je me verrai obligé de la remettre à l'huissier du Syndicat, si *sous quinze jours*, vous ne m'avez pas intégralement payé (décision prise par l'association des Médecins syndiqués le 23 août 1881).

Agréez, M , mes salutations.

Dr

A le 188

ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION DU 2 OCTOBRE 1873.

Réclamation d'honoraires.

La Cour, attendu, en droit, qu'il résulte du texte des art. 4 et 9 de la loi du 25 juin 1876 combinés et des éléments d'élaboration qui l'ont précédée, que l'article 9 de cette loi considère comme telle le fait d'affranchir au prix réduit et de transmettre par la voie de la poste des imprimés qui, par suite de lettres ou notes insérées, soit à raison du contenu même de ces prétendues circulaires, sont en réalité des actes de correspondance personnelle pouvant en tenir lieu, lesquels sont soumis à la taxe ordinaire.

Attendu que la loi de 1876, loin de modifier celle du 20 mai 1854, relativement au tarif établi pour les correspondances personnelles a, au contraire, protégé les intérêts du Trésor contre les fraudes qui pourraient être tentées, pour appliquer aux correspondances individuelles le tarif réduit applicable exclusivement aux circulaires ayant un caractère de généralité ;

Attendu, en fait, qu'il résulte des constatations de l'arrêt attaqué et du procès-verbal en date du 14 octobre 1872 que A..., avoué à Nevers, avait adressé par la poste à un destinataire, désigné au dit procès-verbal, et ce, à la taxe réduite, un avis imprimé ainsi conçu :

« Les clients de M. A... qui peuvent devoir « des frais à son étude sont invités à en solder le « montant dans la huitaine.

« Nevers, le...

« Signé, A... »

Attendu que cet écrit n'est pas une des circulaires générales par leur formule et par leur objet auxquels l'article 4 précité de la loi du 25 juin 1856 a réservé un tarif de faveur ; qu'il renferme, sous les apparences d'une circulaire, une lettre exclusivement personnelle à chacun des destinataires ; que toutes et chacune de ces lettres se réfèrent à des rapports individuels, à certaines affaires traitées dans l'étude de l'avoué A... et qui auraient produit, au profit de ce dernier, les créances dont il réclamait le payement à chacun des destinataires ; que la dette de celui-ci était distincte et spéciale, comme l'objet même auquel elle se rapportait.

Attendu qu'il suit de là qu'en relaxant A... des poursuites, la Cour d'appel de Bourges a faussement interprété et, par suite, violé les articles 4 et 9 de la loi susvisée.

Par ces motifs, la Cour casse et annule.

Voici notre réponse :

Cette décision est en effet applicable aux circulaires du Dr E. — Il est passible d'une amende. Mais sa bonne foi étant entière, il devra adresser, au ministère compétent, une demande en réduction de la peine qu'il a encourue et, en général, elle est gracieusement accordée, dans une très notable proportion.

Nous avons publié ces pièces pour mettre nos lecteurs en garde.

Ils doivent employer exclusivement les formules de réclamation d'honoraires que nous avons publiées à différentes reprises. A. C.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat de Douai et région.

Séance du 26 juin 1892.

Étaient présents : MM. Sockell, Président Watelle père, Watelle fils, Toison, Lambilliotte, Monnier, Desmoulin, Wigniolle, Caffeau, Dubrulle, Buisson, Pollet, Théry, Lenne, Houriez, Vallée, Frey, Vandamme, Duflos, Deltombe, Selle, Baude, Sarrazin, Martin.

Excusés : MM. Drucké, Drausart (Dorignies) Blanquart, Legrain, Lacinent, Bresselle.

Lecture est faite du procès-verbal de la dernière séance.

M. *Monnier* demande la parole pour exposer que la Compagnie d'assurances, La Providence,

avisée de la décision prise par notre syndicat, adhère à nos propositions, mais ne consent qu'à accorder 0 fr. 50 par kilomètre parcouru. M. Monnier estime qu'il y a lieu de maintenir notre première délibération, car, en ce qui le concerne, il a déjà refusé d'autres conditions que celles adoptées.

M. *Vandamme* déclare qu'il avait pensé que, l'aller seul étant décompté, la Compagnie La Providence rentrait dans les conditions normales en accordant 0 fr. 50 par kilomètre mais en payant l'aller et retour.

L'assemblée déclare que telles n'avaient pas été ses intentions lors de la dernière séance, qu'il y avait lieu de réclamer 1 fr. par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour, et, approuvant la manière de voir de M. Monnier, décide que la délibération antérieure aura son plein effet, et que les médecins syndiqués ne devront accepter à cet égard aucune transaction.

Sous le bénéfice de ces observations, le procès-verbal est adopté.

M. le Président fait connaître que :

La Société des Sauveteurs du Nord et la Société de Secours Mutuels des Instituteurs ont, chacune en ce qui les concerne, pris bonne note, et accepté nos réclamations.

Les Compagnies d'assurances-accidents *La Foncière*, *Le Secours* ont accepté nos propositions.

Le Syndicat de Valenciennes, par l'organe de notre confrère Manouvrier, son secrétaire, nous avise que l'entente entre les syndicats, particulièrement entre ceux d'une même région, ne pouvant qu'être profitable au corps médical, « sans porter aucune atteinte aux intérêts sacrés des malades, » le syndicat accepte l'échange de nos comptes-rendus de séance.

Le secrétaire donne lecture de son rapport annuel.

« Permettez-moi, mes chers confrères, de venir vous retracer rapidement l'origine et les travaux accomplis par notre Syndicat dans le cours de sa première année d'existence.

Comme beaucoup d'entre vous, tous peut-être, nous nous étions demandé si, en dehors du corps médical, en présence de la Société à laquelle il rend tous les jours de si grands, si pénibles et si périlleux services, le médecin voyait ses intérêts les plus chers, ceux même qui touchent à l'honneur de la profession, maintenus, défendus, protégés. A cette question, la réponse était facile ; non, le corps médical est parqué dans son isolement, il n'a aucune action au dehors pour y faire entendre la réclamation de ses droits, la société le traite à ce point de vue comme un paria. De là à conclure qu'il y avait quelque chose à faire, il n'y avait qu'un pas, ce quelque chose a été trouvé, proposé, exécuté, c'est notre Syndicat.

Ce que fut la réunion dans laquelle sa création fut proposée, chacun de ceux qui en faisaient partie ne l'a pas oublié ; ce jour là, chacun put voir que la confraternité n'était pas un vain mot, et se convaincre qu'il y avait lieu d'en resserrer les liens. La commission nommée à l'effet d'en jeter les bases partit alors de ce principe : « *Isolément, nous ne pouvons rien ; unis, nous pouvons tout.* Un syndicat doit, avant tout, viser la cohésion et l'union professionnelles et c'est seulement par une synergie puissante, exclusivement confraternelle et sincèrement dévouée à tous les intérêts mûrement débattus de la profession que les médecins arriveront à sauvegarder leur position, et à voir se réaliser leurs désirs. Or, que désirons-nous ? — Nous voulons avant tout établir une règle de conduite, qui, suivie par tous, nous permette toujours d'avoir des relations réellement confraternelles ; nous voulons, en nous respectant nous-mêmes, obliger le public à nous respecter ; nous voulons que toute concurrence déloyale devienne imp[illegible]s ible par notre loyale entente ; nous voulons que les clients, après avoir usé et abusé de nous, viennent nous payer en bonnes espèces sonnantes, et non en prétendue reconnaissance, la vraie reconnaissance étant une monnaie qui n'a plus cour aujourd'hui. »

Ces idées, qui ont servi à l'élaboration de notre syndicat, et que vous retrouverez à chaque instant dans nos statuts, ont été tellement bien comprises par vous, que dès notre première réunion le 8 octobre 1891, tous, ou à peu près, vous avez répondu à notre appel, et accepté les statuts proposés.

Vous avez donc implicitement admis que les syncats étaient un besoin urgent, et peut-être même en est-il parmi vous qui trouvent trop lente la marche de cette association. A ceux-là, je rappellerai la parole de notre dévoué Vice-Président M. Buisson : » *Il ne faut pas faire du syndicat un régiment où tout marche à la baguette, ce serait le moyen de n'être pas durable.* » Oui, cette idée est juste, et c'est là le plus grand écueil que craint le syndicat. Il faut laisser venir chaque chose en son temps, et ne chercher d'abord qu'à consacrer l'Union confraternelle et la solidarité professionnelle ; c'est là le premier remède à apporter puisque « Medicorum invidia, pessima invidia » tous nos maux venant de la désunion et de la jalousie professionnelles, soyons donc unis et rendons-nous solidaires, et souvenons-nous que, ce n'est que par l'échange de nos idées, que nous arrivons à un résultat général avantageux, que le besoin de concorde et de rapprochement se fait de plus en plus sentir, et que nous comprenons que nous ne serons pas de trop en étant tous pour tenir tête et lutter contre les collectivités qui nous pressurent.

Dans notre première réunion, fut nommée la Commission chargé d'élaborer un projet de statuts, elle était composée de MM. Monnier, Lambilliotte et Pollet.

Dans la seconde, le syndicat constituait son bureau et appelait à la présidence notre confrère M. Sockell, sur l'énergie et le dévouement duquel nous savions pouvoir compter. Vous adoptiez aussi les statuts, dont vous avez pu apprécier la modération et l'esprit large, voulant ainsi les mettre à la portée de tous, et empêcher d'invoquer une réglementation trop sévère pour se tenir à l'écart.

Dans votre troisième séance, vous abordiez le côté pratique de notre profession, en adoptant un tarif d'honoraires élevé, trop élevé même pour beaucoup d'entre nous. Mais vous apportiez à ce tarif un correctif qui permettrait à votre bureau de concéder une réduction de tant pour cent sur ce tarif, selon la richesse plus ou moins grande de la localité, suivant les précédents créés antérieurement contre lesquels il eût peut-être été dangereux de lutter prématurément. Cependant, nous conservons l'espoir que, le temps aidant, nous arriverons à notre but, l'application de ce tarif, il faudra ici surtout progresser lentement, mais d'une manière continue et très prudente, pour ne froisser aucune susceptibilité.

Comme résultats acquis, permettez-moi de vous signaler :

1° L'élévation de dix à vingt francs du certificat assurances-vie.

2° L'uniformité de tarification à six francs du prix des certificats-accidents, avec un franc par déplacement kilométrique et la rémunération à cinq francs des certificats supplémentaires.

3° La disparition des vexations imposées aux médecins par la Société de secours mutuels des Instituteurs et la Société des sauveteurs du Nord.

La rentrée de nos créances avant le terme de la prescription légale, vu son importance particulière

demande une étude approfondie, nous vous proposerons sa mise à l'ordre du jour.

Quant aux clients solvables mauvais payeurs, vous avez dû vous réunir par localités pour en dresser la liste ; cette question revient à l'ordre du jour.

Tel est le bilan de notre première année ; vous voyez que bien que né d'hier, l'enfant se porte bien et nous permet d'espérer pour l'avenir. Bien que jeune, et c'est là son défaut, notre syndicat fait déjà sentir son influence qui, espérons-le, ne fera que grandir, surtout si nous considérons qu'avec les droits nouveaux que ne peut manquer de lui conférer la loi dont la promulgation ne saurait tarder, il sera l'arme la plus puissante que notre état social mettra entre nos mains pour la défense de nos droits et prérogatives, que notre apathie, en ce qui concerne notre profession, a laissé déchoir d'une manière exceptionnelle.

Qu'il me soit permis d'ajouter que, dès la promulgation de cette loi bienfaisante, la loi Chevandier, le Concours médical organisera une réunion où chaque syndicat enverra des délégués, et où seront établis sur des bases solides les droits et devoirs des syndicats légalement reconnus.

Courage donc, confiance et soyez convaincus que par notre union, notre organisation en syndicats, nous parviendrons à relever la dignité de la profession médicale, et à obtenir une rémunération de notre travail, en rapport avec nos sacrifices, nos fatigues, nos connaissances, et les services que nous rendons.

L'assemblée adopte les comptes du Trésorier auquel elle adresse ses remerciements pour sa gestion.

M. le Président expose que l'ordre du jour appelle à nouveau la question relative aux clients solvables et mauvais payeurs. Il rappelle que, lors de la dernière séance, il avait été décidé que, pour éviter toute perte de temps ou déplacement à nos confrères, ceux-ci se seraient réunis par groupes pour dresser une liste. Chaque groupe l'aurait ensuite adressée au secrétaire qui les aurait réunies en une seule ; chaque membre syndiqué pouvant en obtenir communication.

M. *Martin* croit que cette manière de faire présente de grands inconvénints, et que l'on va au contraire contre le but que l'on voudrait atteindre, surtout pour ceux qui exercent dans un rayon étendu et qui, de ce fait, se trouvent en rapport avec de nombreux confrères. Il pense qu'il vaudrait beaucoup mieux que chaque membre syndiqué envoie sa liste directement au secrétaire. Il n'y aurait ainsi aucun déplacement, aucune perte de temps.

M. *Baude* verrait volontiers classer en deux catégories les clients insolvables :

1° Ceux qui refusent de payer le médecin, pouvant le faire.

2° Ceux qui ne le paient pas, tout en ayant reçu le mémoire du médecin.

Dans le premier cas, le client serait mis à l'index, et en ce cas, le médecin syndiqué ne devrait le visiter sous aucun prétexte, avant d'avoir acquis la certitude que ce client s'est acquitté de ses dettes médicales ;

Dans le second cas, le médecin n'a pas eu l'intention de soigner gratuitement ce malade, mais ce dernier est actuellement gêné, il ne peut, vu le budget obéré que la maladie lui a causé, payer son médecin qu'il quitte cependant, ou que ce dernier abandonne, prévoyant que ses soins futurs ne seront pas rémunérés. En ce cas, les médecins syndiqués seraient libres d'agir à leurs risques et périls pour leur créance future.

M. *Monnier* se rangerait assez volontiers à cette manière de faire qui, selon lui, concilierait à la fois et les intérêts du médecin et ceux du malade.

M. *Buisson*, estimant qu'il y a lieu de tenir compte du mécontentement du médecin de voir ses soins impayés, et craignant que ce dernier ne se laisse aller à des représailles, fait la proposition suivante : « *Avant de mettre un client à l'index, le médecin devra prévenir le bureau des raisons qu'il invoque pour que cette mesure soit édictée. Le bureau préviendra alors le client de la mesure prise contre lui, en l'invitant à se justifier, s'il y a lieu. Ayant jugé en parfaite connaissance de cause, le Bureau prendra alors une décision qui sera exécutoire pour tous les médecins syndiqués.* » Cette proposition est adoptée à l'unanimité, après une observation de M. Sockel qui a pour but de laisser au Bureau le soin d'apprécier si le client doit être averti ou mis à l'index.

L'assemblée décide en outre que la liste des clients devant être rangés dans la catégorie des Avertis ou mis à l'Index sera adressée au secrétaire pour le 15 juillet au plus tard. Ce dernier réunira ces listes, et le Bureau décidera dans sa prochaine réunion pour établir la liste définitive.

L'ordre du jour appelle la discussion suivante : Conduite à tenir à l'égard d'un confrère appelé chez un malade appartenant à une Compagnie où à une Société ayant un médecin.

Bien que les règles de déontologie semblent indiquer très nettement le mode d'opérer en semblables circonstances, il résulte d'observations échangées entre MM. Buisson, Baude, Deltombe, que des cas imprévus, et cependant signalés par eux, rendent impossibles une discussion immédiate. L'assemblée, en présence de cette situation, décide que le bureau étudiera cette question d'une manière plus approfondie, et renvoie la discussion de cette question à la prochaine séance.

M. le Dr Défossez, d'Abscon est admis à l'unanimité.

REPORTAGE MÉDICAL

Notre ami et collaborateur, M. le Dr *Lepage*, a été nommé récemment *chef de clinique obstétricale*, à la suite d'un concours. Nous lui adressons nos sincères félicitations.

Nous souhaitons la bienvenue à un nouveau journal, la *Revue médicale*, bi-hebdomadaire, de M. le Dr Paul Archambaud. Ce nouveau journal tire, dit-il, à 8 mille exemplaires. C'est un succès sans précédent, puisque le public médical ne comprend que 12 à 15.000 médecins !

— Le *Bulletin médical* annonce que l'asile de Bonneval (Loir-et-Cher) est le foyer d'une épidémie de choléra dans laquelle 45 malades ont été atteints et 15 ont succombé.

En ce qui concerne l'eau, les malades avaient bu de l'eau du Loir, puisée au-dessous de la ville qui jette toutes ses déjections dans la rivière ; mais, chose curieuse, seul le quartier des femmes a été atteint ; et cependant les hommes boivent la même eau ! Enfin les habitants n'ont pas été contaminés.

L'épidémie aux environs de Paris est stationnaire, et même en décroissance. Cependant une nouvelle

commune, celle de Gonesse, a vu éclater plusieurs cas de choléra suivis de mort ; la cause très nette est celle-ci : un cholérique d'une commune infectée étant venu mourir à Gonesse, un voisin au lieu de brûler ses effets comme le médecin l'avait recommandé, eut l'imprudence de les conserver ; il ne tarda pas à présenter les symptômes du choléra, ainsi que sa famille.

— *Influence du tabac sur la mortalité.* — Il résulte d'une statistique faite par M. Decroix, que dans les dix départements où l'on fume le plus, le nombre des décès, des mort-nés, des divorces, des enfants illégitimes est beaucoup plus considérable que dans les dix départements où l'on fume le moins.

Journal de Méd. de Paris.

— *La médecine en Russie.* — Une question d'intérêt professionnel des plus importantes vient de surgir en Russie. Il s'agit d'un projet de loi, tendant à faire fixer par l'Etat le taux des honoraires des médecins. L'idée d'un accord consenti librement entre le malade et le médecin, quelque juste qu'elle puisse paraître en principe, revêt souvent dans la pratique, disent les partisans du nouveau projet, des formes bien différentes et qui peuvent être préjudiciables à la société et surtout de ses membres les moins fortunés. Or, si l'Etat a le devoir de veiller à ce que les droits du médecin soient protégés, il doit exiger en même temps que celui-ci n'abuse pas des privilèges que la loi lui confère : cette considération justifierait, à elle seule, l'immixion de l'Etat dans la fixation des tarifs médicaux.

D'ailleurs, une loi non encore abrogée, édictée le 20 septembre 1789, portait que « le médecin appelé au chevet des indigents, devait se contenter d'une rétribution des plus minimes » ; le prix des opérations n'était point déterminé, mais le médecin devait se souvenir que « la réclamation d'un prix exorbitant entraînerait, de la part de l'administration, des poursuites aux termes de la loi.»

C'est cette loi, devenue inapplicable par suite du désaccord évident entre les conditions actuelles de l'existence et le faible taux des honoraires qu'elle fixait, qu'il s'agirait aujourd'hui de remettre en vigueur, sinon dans sa teneur, du moins dans son esprit.

—On a inauguré récemment, rue de Bagnolet, dans le 20e arrondissement, l'hospice Debrousse, dû à la générosité de la baronne Alquier-Debrousse, qui avait, dans ce but, légué une somme de six millions de francs à l'Assistance publique.

— *Le choléra en Autriche.*— Il y aurait eu des cas de choléra dans les districts russes voisins de la frontière autrichienne, en Galicie. Des précautions minutieuses sont prises à l'égard des voyageurs venant de la Russie, et des stations sanitaires ont été établies tout le long de la frontière.

— *La santé publique à Londres.* — Si à Paris on éprouve des craintes sérieuses du choléra, en revanche à Londres, on est un peu effrayé des décès relativement assez nombreux produits par la scarlatine ; cependant, si on consulte les statistiques, on ne trouve que 258 décès à l'actif de cette maladie pendant le second trimestre de cette année, tandis qu'on en trouve 1,609 produits dans le même temps par la rougeole, 630 par la coqueluche et 432 par la diphtérie. Pourquoi donc la scarlatine éveille-t-elle des craintes plus vives ? Cela tient vraisemblablement à ce qu'on est habitué aux décès causés par les autres maladies contagieuses que nous venons de citer, tandis que la scarlatine est habituellement bénigne, surtout à ce moment de l'année : les cas sont en effet plus nombreux ordinairement dans les mois d'août, septembre et octobre qu'à toute autre époque de l'année.

Notons à ce propos qu'on a constaté parfois la contagion par l'usage d'un lait contaminé, et qu'il faut toujours songer à ce danger possible quand il y a une épidémie de scarlatine.

—Viennent d'être nommés Conseillers généraux les membres du « Concours médical » dont les noms suivent :

M. le Dr Guillot (Saulzais-le-Potier). — M. le Dr Gagoy (Pouilly-en-Auxois). — M. le Dr Chevandier (Saillans). — M. le Dr Isambert (Pacy). — M. le Dr Cosmao-Dumenez (Pont-l'Abbé). — M. le Dr Devin (Brioude). — M. le Dr Gros (Decize). — M. le Dr Lesage (Beauvais). — M. le Dr Legludic (Sablé). — M. le Dr Bourgeois (Mortagne). — M. le Dr Joyeux (Mirecourt).

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année — N° 34 — 20 Août 1892

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Nouvelles remarques sur la spléno-pneumonie

Dans notre numéro 31, M. le Dr Hervouët a exposé les symptômes et le diagnostic de la spléno-pneumonie ou congestion pulmonaire pseudo-pleurétique ; voici quelques nouveaux documents à ajouter à l'histoire de cette maladie : ils sont fournis par M. le Dr *Faisans* à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

1° La spléno-pneumonie ou maladie de Grancher peut être une manifestation de la grippe.

2° Les signes objectifs de cette maladie varient souvent d'un jour à l'autre, au moins dans sa forme grippale. Cette mutabilité du syndrome physique peut devenir un élément important de diagnostic différentiel avec la pleurésie.

3° La spléno-pneumonie peut, à l'instar de la pneumonie, donner naissance à une pleurésie purulente, et c'est une raison de plus de considérer cette maladie comme une forme clinique de la pneumonie classique.

4° Malgré l'identité des signes physiques fournis d'une part par la spléno-pneumonie, d'autre part, par la pleurésie concomitante, il est possible de faire le diagnostic de cette dernière, en tenant compte de l'état général du malade et en s'appuyant sur le degré de dilatation du thorax et sur le déplacement du foie (pour le côté droit).

5° La pleurésie purulente, même à streptocoques, peut être guérie, dans certaines circonstances, par une seule ponction suivie d'injections de sublimé.

M. Chantemesse a observé naguère tous les signes pseudo-pleurétiques et aussi la variabilité qu'ils présentent, dans la spléno-pneumonie, chez une femme qui succomba quelques jours après ; or, à l'autopsie, on trouva de l'anthracose pulmonaire et de l'atélectasie.

M. *Faisans* croit que la plupart des états pulmonaires peuvent donner des signes pseudo-pleurétiques ; mais la maladie de Grancher n'en reste pas moins quelque chose de spécial, qui se différencie nettement des autres affections à signes pseudo-pleurétiques. C'est une sorte de pneumonie ; l'anatomie pathologique en est encore inconnue, parce qu'il n'y a pas eu jusqu'ici une seule autopsie.

Traitement de la pneumonie franche par les bains froids.

M. le Dr *Sevestre* a, depuis plusieurs années, traité par les bains froids des enfants atteints de pneumonie franche, et en a retiré de bons effets, après chaque bain on observe un abaissement de la température, une diminution de la fréquence du pouls et de la respiration et une cessation plus ou moins complète de l'agitation et du délire. La défervescence, au lieu de se faire brusquement, comme c'est la règle, est annoncée depuis un ou deux jours par un abaissement progressif de la température.

Les bains sont donnés à 25° ou même à 20° ; leur durée est de 10 à 15 minutes, ils sont répétés 4 ou 5 fois par jour.

Deux effets sont obtenus par les bains froids dans la pneumonie franche: 1° on abaisse la température ; 2° on tonifie le système nerveux et l'économie en général.

L'action sur la température est incontestable, de l'aveu de tous : elle est supérieure à celle que l'on obtient avec la plupart des médicaments dits antipyrétiques.

Sous son influence on a vu l'hyperpyrexie disparaître et on a pu très nettement conjurer un accident très redoutable qui paraît lié étroitement à l'élévation de la température : l'adynamie cardiaque. — Nul moyen ne peut être comparé aux bains froids sous le rapport de l'énergie et de la rapidité d'action. Cette action bienfaisante vis-à-vis des phénomènes nerveux est même si prononcée qu'elle autorise, au besoin, l'emploi précoce des bains comme préventif de ces mêmes phénomènes. Dans ce dernier cas on aurait, pour se

justifier, l'autorité des partisans de Brandt qui prétendent avoir supprimé les complications et diminué parallèlement la mortalité chez les typhiques grâce à l'application précoce, et en quelque sorte préventive, de leur méthode. Enfin il n'est pas jusqu'à l'action diurétique des bains qui n'ait son importance, car cette action est souvent marquée, presque toujours appréciable, et elle vient s'ajouter aux autres effets utiles et compléter en quelque sorte la série des indications.

En résumé, on peut dire, avec tous ceux qui ont expérimenté sincèrement la méthode, que le traitement de la pneumonie par le bain froid donne souvent d'excellents résultats. Toute la question est de savoir préciser les indications et de ne pas appliquer ce moyen systématiquement à tous les cas. Mais on doit reconnaître en même temps qu'il n'abrége pas sensiblement la durée de la maladie, qu'il n'en modifie pas visiblement l'évolution cyclique. Son effet le plus marqué se résume dans une action tonique puissante sur le système nerveux et dans la conservation des forces, deux avantages considérables, qui permettent au malade de résister à l'infection et d'attendre sans danger le moment de la défervescence.

C'est précisément l'avantage du bain froid de pouvoir satisfaire simultanément à ces différentes sources d'indications ; et c'est un avantage qu'il possède à peu près exclusivement, d'où son indéniable supériorité sur les autres médications. Ainsi, d'après M. Hénault, nul moyen n'est plus propre à prévenir l'insuffisance cardiaque ou à la combattre quand elle est déclarée.

Quant aux bains froids dans la fièvre typhoïde de l'enfance, M. Sevestre les croit le plus souvent inutiles, la maladie étant ordinairement bénigne à cet âge. Quelquefois même ils peuvent être dangereux. En effet, le cœur est souvent altéré dans la fièvre typhoïde chez les enfants, et il a observé à la suite de bains froids, de la tendance à la syncope, du collapsus et de l'affaiblissement du pouls. C'est pour ces raisons qu'il repousse l'emploi systématique des bains froids dans la fièvre typhoïde des enfants.

La syphilis du cœur.

M. le Dr *Semmola*, de Naples, a fait à la dernière séance de l'Académie de médecine de France une communication intéressante sur une question encore obscure de la pathologie cardiaque. Voici ses conclusions :

Lorsqu'un ancien syphilitique bien avéré se présente à l'observation du médecin, avec des symptômes d'arhythmie continuelle, persistante, et même avec ou sans quelque gêne dans la respiration, rebelle à tous les moyens hygiéniques et pharmaceutiques que l'on peut employer pour régulariser la fonction cardiaque, le clinicien doit soupçonner de suite qu'il y a là-dedans un processus syphilitique insidieux et doit conseiller au malade un traitement spécifique bien dirigé, même s'il n'y a plus actuellement aucun symptôme qui puisse donner la démonstration visible de la syphilis constitutionnelle.

S'agit-il peut-être dans ces cas d'une myocardite syphilitique à son début ou d'une infiltration gommeuse, etc., on n'en sait rien.

Cette communication a pour but de constater le rapport entre une syphilis ancienne, les nouveaux troubles cardiaques et la guérison par le traitement spécifique ; c'est une contribution de clinique thérapeutique à l'histoire de la syphilis du cœur.

Traitement de la dysenterie aiguë par le sulfate de soude et les antiseptiques intestinaux.

Ce traitement est du Dr *Gruet*.

Parmi les nombreux agents thérapeutiques usités dans le traitement de la dysenterie aiguë, l'ipéca, le calomel et le sulfate de soude se partagent aujourd'hui la faveur des médecins.

L'emploi des deux premières substances présente des inconvénients tels que les praticiens n'y ont recours que dans des cas exceptionnels.

Le sulfate de soude est d'une innocuité absolue, il est toujours bien supporté ; mais, employé seul, il est passible de deux reproches : il agit avec lenteur et il se montre insuffisant dans certaines formes de la maladie. Par contre, associé aux antiseptiques intestinaux, il devient la base d'une médication capable de combattre, avec efficacité, l'immense majorité, sinon la totalité des dysenteries aiguës observées dans les climats tempérés et même dans les régions prétropicales.

Dans cette médication, les prescriptions journalières peuvent se formuler de la façon suivante :

Solution.

Sulfate de soude.....	10 grammes.
Eau.....................	200 —

A prendre dans la journée, en quatre fois, avec un intervalle de trois heures entre chaque dose.

Benzo-Naphtol.......... 3 grammes.
En 6 cachets de 50 centigrammes.

Un cachet toutes les trois heures.

Lavement.

Acide borique..........	20 gr. 00
Ou acide phénique......	0 gr. 50
Eau......................	1000 gr. 00

Régime lacté pendant toute la durée du traitement.

Le mode d'administration de la solution saline a son importance; les doses fractionnées ont l'avantage de ne pas exaspérer les coliques et de diminuer l'acuité du ténesme et des épreintes pendant un espace de temps plus long, que ne le ferait une dose unique et massive.

L'emploi du médicament doit être continué, tant que les selles n'ont pas repris leur consistance et leur composition normales.

Il est rarement nécessaire de dépasser la dose quotidienne de 10 grammes.

Il faut faire précéder et suivre l'administration de chaque cachet de benzo-naphtol de quelques gorgées de lait. On peut employer aussi le salol.

Les lavements seront toujours donnés tièdes. Un seul lavement par jour, dans l'après-midi, paraît suffisant. Le premier jour, on se sert d'un lavement boriqué ; les jours suivants d'un lavement à l'acide phénique. Puis on revient au lavement boriqué tous les 4 ou 5 jours. Vers la fin de la maladie, on peut employer les lavements au nitrate d'argent, à la dose de *20* ou *30* centigrammes pour 1 litre d'eau distillée.

Il faut toujours éviter des doses toxiques même en lavement ; car un lavement de cette nature peut être gardé plusieurs heures et faire courir de sérieux dangers aux malades.

Quelques moyens accessoires contribuent à assurer la réussite de la médication. Des fomentations chaudes à l'huile de camomille camphrée sont faites sur l'abdomen, qui est recouvert d'une épaisse couche de ouate. Pour obtenir le sommeil, on est quelquefois obligé de recourir à un lavement d'amidon opiacé, administré tard dans la soirée.

Propriétés thérapeutiques de l'hydrastis canadensis.

M. le Dr *Egasse*, dans un important mémoire, publié récemment dans le *Bulletin de Thérapeutique*, résume, de la manière suivante, les travaux nombreux qui ont été publiés sur l'*Hydrastis Canadensis*. « Nous voyons, dit-il, que la dominante de son emploi thérapeutique est son application au traitement des hémorrhagies utérines, dans lequel il rend les plus grands services. C'est tout d'abord à l'extrait fluide ou aux préparations galéniques des rhyzomes que l'on s'est adressé, puis à l'hydrastine, et enfin à l'hydrastinine, son produit d'oxydation.

L'hydrastine paraît aujourd'hui inférieure à l'hydrastinine, car son action sur les vaso-moteurs est de peu de durée et faible. C'est un poison du cœur et on la regarde comme un agent peu fidèle et même pouvant devenir dangereux.

L'hydrastinine, au contraire, n'a aucune action nuisible sur le cœur. Elle agit faiblement sur la tension sanguine ; sa puissance vaso-constrictive est plus marquée, plus durable que celle de l'hydrastine, et même que celle de l'ergot de seigle, de l'ergotine et de l'ergotinine. C'est surtout dans les hémorrhagies de la puberté, de la ménopause, dans les flux sanguins qui accompagnent les lésions des annexes de l'utérus, dans la congestion utérine produite par la dysménorrhée, que l'hydrastinine trouve ses principales applications.

— La préparation d'*hydrastis* la plus usitée est l'*extrait fluide*. Comme elle est peu connue en France, nous indiquerons celle que donne la nouvelle pharmacopée des Etats-Unis :

Rhizome d'*hydrastis* en poudre n° 60........	100.
Alcool et eau...............	Q. S. pour faire 100 centim. cubes de liqueur.

On mélange trois parties d'alcool avec une partie d'eau. On humecte la poudre avec 30 grammes de ce mélange ; on place le tout dans l'appareil à déplacement, puis on ajoute assez de liquide pour saturer la poudre et la recouvrir. Quand le liquide commence à couler, on ferme le robinet du bas et on laisse macérer quarante-huit heures. On ouvre ensuite le robinet pour permettre l'écoulement, et l'on ajoute assez de liquide alcoolique pour épuiser complètement le rhizome. On met de côté les 85 premiers centimètres cubes qui ont passé, puis, au bain-marie, on distille l'alcool du reste de la liqueur et l'on évapore en consistance d'extrait mou qu'on dissout dans la partie liquide réservée, et, s'il le faut, on ajoute assez de liquide pour obtenir 100 centimètres cubes.

On a ainsi une solution foncée, brun verdâtre, de saveur amère, qui présente l'avantage de ne pas avoir subi l'action de la chaleur dans ses parties les plus chargées de principes actifs, d'être soluble complètement dans l'eau et de représenter en volume le poids du rhizome sur lequel on a opéré. On voit que ce genre d'extrait diffère complètement de ce qu'on désigne en France sous le nom d'extrait liquide. On administre cet extrait à la dose de XV à XX gouttes toutes les heures ou toutes les deux heures, dans de l'eau sucrée ou aromatisée. Mais, en général, la saveur amère est tellement prononcée que les malades ne l'acceptent pas facilement. Il vaut mieux alors recourir aux pilules faites avec le même extrait à la dose de 0,01 ou 0,02 centigrammes : six à huit pilules par jour. L'alcaloïde oxydé de l'hydrastis canadensis, l'hydrastinine se donne en gouttes ou en injections hypodermiques ; on emploie enfin l'alcaloïde sous forme de pilules :

Gouttes de Fellner.

Chlorhydrate d'hydrastinine..	1	gramme.
Eau bouillante..............	10	—
Eau de fleur d'oranger.........	àâ 1	—
Sirop de Tolu.................		

Vingt gouttes de deux en deux heures.

Injections hypodermiques (Falk).

Chlorhydrate d'hydrastinine..	1	gramme.
Eau distillée.................	10	—

Dose : une demi à une seringue ; 1 centimètre cube renferme 10 centigrammes de chlorhydrate d'hydrastinine.

C'est le meilleur mode d'administration de l'hydrastinine, mais comme son action est cumulatrice, il faut pratiquer les injections plusieurs jours avant l'effet attendu.

Pilules d'hydrastinine.

Chlorhydrate d'hydrastinine. 50 centigrammes.
Faire suivant l'art dix pilules.

A prendre une à deux pilules par jour.

Sous le nom d'*hydrastin*, on emploie aux Etats-Unis une sorte d'extrait alcoolique résineux, qui se présente sous forme de poudre brune, d'odeur faible, de saveur amère et astringente. Il est soluble dans l'alcool et l'éther, peu soluble dans l'eau, insoluble dans le chloroforme. Ce médicament est employé sous forme de pilules et à la dose de 5 à 30 centigrammes comme cholagogue et purgatif à la fois. C'est aussi un tonique, et même on l'a prescrit comme fébrifuge, mais sans que ses propriétés antipériodiques soient réellement marquées.

La résection du genou d'après 140 opérations pratiquées à l'hôpital de Strasbourg.

La résection du genou a remplacé l'amputation de la cuisse dans le traitement des tumeurs blanches de cette région. Aussi mérite-t-elle une large place dans la chirurgie conservatrice moderne.

M. le Dr *J. Bœckel* est un des chirurgiens qui ont le plus plaidé la cause de cette opération et qui en ont perfectionné la partie technique.

D'après cet auteur, la résection du genou peut réussir à tous les âges. Les cas les plus favorables sont ceux qui concernent les adolescents et les adultes. Mais elle réussit également aux deux extrêmes de la vie. Chez les enfants, elle doit être parcimonieuse, si toutefois l'état des os le permet.

Quand convient-il d'avoir recours à cette opération ? Il n'y a plus que très pou de cas dans lesquels on doit substituer l'amputation de la cuisse à la résection : ce sont ceux dans lesquels les

lésions ont empiété sur la diaphyse, ainsi que ceux où la tuberculose a envahi le reste de l'organisme et lorsque la phthisie est en pleine évolution.

Au contraire, on doit appliquer la résection d'emblée aux cas suivants :

1° Toute arthrite fongueuse suppurée présentant ou non des fistules ;

2° Toute arthrite tuberculeuse ayant résisté aux traitements antérieurs, appliqués avec persévérance, pendant des mois et des années, qu'elle soit suppurée ou non ;

3° Enfin, certaines arthrites chroniques guéries par ankylose vicieuse.

On peut différer, quelquefois même rejeter la résection, dans certaines arthrites chroniques, indolores, à marche torpide, à évolution lente, sans retentissement sur l'état général, sans tendance à la généralisation.

Quant à certaines opérations partielles, telles que l'arthrectomie, M. Bœckel s'en montre peu partisan, car l'arthrectomie offre de grands inconvénients : suppurations prolongées, séjour plus long à l'hôpital, persistance des fistules, consolidation tardive, difformités ultérieures. Enfin, au point de vue fonctionnel, la résection est également préférable, étant donné le raccourcissement du membre réséqué, qui facilite considérablement la marche en état d'ankylose.

Quant aux modifications que M. Bœckel a apportées au manuel opératoire, en voici le résumé :

1° *Suppression de la suture osseuse.* — On fait d'abord, soit une excision de la peau en excès, soit une suture profonde serrée à l'aide de fils de soie ou de crins de Florence, puis on élève le membre pendant vingt-quatre à quarante-huit heures.

Le membre est rigoureusement immobilisé sur l'attelle à pédale.

2° *Suppression de l'hémostase.* — L'élévation du membre suffit pour empêcher l'écoulement sanguin.

3° *Suppression du drainage.* — Un seul et unique pansement suffit pour toute la durée du traitement.

Le point important est d'obtenir un cal solide, entre le fémur et le tibia : l'immobilisation du genou devra donc être continuée longtemps sans hésitation et maintenue même pendant la marche, plusieurs mois après l'opération, par un silicate ou une genouillère en cuir.

Fractures du péroné par arrachement.

M. le professeur *Duplay* expose de la manière suivante les symptômes des fractures du péroné par arrachement : Les principaux signes que l'on doit rechercher sont : la douleur, la déformation, la mobilité anormale, la crépitation et le ballottement du pied avec choc possible de l'astragale dans la mortaise péronéo-tibiale élargie.

1° *La douleur.* — La douleur à la pression, par sa localisation, permet de faire le diagnostic entre les entorses et les fractures, mais elle est un signe souvent très infidèle. Dans l'entorse, elle siège au niveau même de l'interligne articulaire, tandis que dans les fractures elle existe au niveau des os ; on la recherche en pressant depuis la pointe de la malléole jusqu'à 5 ou 6 centimètres au-dessus. Il faut savoir que quelquefois dans les entorses les fibres musculaires, rompues par le traumatisme en même temps que les ligaments de l'articulation, sont douloureuses à la pression et peuvent induire en erreur en faisant croire à une fracture ; mais on évitera la confusion en remarquant que dans ce cas la douleur provoquée ne répond pas directement aux surfaces osseuses. Enfin les deux lésions peuvent coexister.

2° *La déformation.* — D'abord le pied est dévié, en abduction ou en adduction, suivant les cas. Sur le péroné, on peut constater l'existence d'une rainure, et d'une saillie formée par le fragment osseux. Il existe à cet égard une cause d'erreur qu'il faut toujours avoir présente à l'esprit : c'est la conformation du péroné, dont le bord externe, irrégulièrement saillant (la face antérieure du péroné devenant successivement externe et postérieure), peut faire croire à une saillie anormale ou à un trait de fracture : on évitera l'erreur en comparant la partie malade avec celle du côté sain.

Souvent la saillie anormale n'existe pas spontanément, mais on peut la faire apparaître au moyen de certaines manœuvres. En imprimant au pied des mouvements d'adduction ou de rotation en dedans, on détermine l'apparition du trait de fracture.

Un autre moyen, qui aboutit au même résultat, consiste à faire basculer le fragment inférieur en agissant directement sur la malléole.

Cette manœuvre permet simultanément de constater l'existence des deux signes suivants :

3° *La mobilité anormale* et 4° *la crépitation.*

5° *Le ballottement du pied* et le choc de l'astragale. Si l'on imprime au pied des mouvements de latéralité, on s'aperçoit qu'il n'est pas maintenu fixé dans la mortaise tibio-péronéenne comme à l'état normal, et de plus l'astragale peut venir choquer les parties latérales de la mortaise. C'est là un signe excellent de la fracture. Le siège de la fracture est à 3 cent. au-dessus du sommet de la malléole.

D'après Maisonneuve, c'est par suite d'une adduction forcée du pied qu'elle se produit, les ligaments retenant la pointe de la malléole qui est obligée de céder et se brise généralement au niveau de l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Le trait de fracture est généralement transversal. Tantôt elle est simple, tantôt elle se complique de subluxation du pied en dehors.

Quant au traitement, M. *Duplay* nous paraît un peu en retard. Il emploie les appareils plâtrés et l'attelle de Dupuytren, immobilisant le membre pendant 25 ou 30 jours. Et il ajoute :

« Que dire du traitement sans appareil, par le massage et les mouvements dès le lendemain de l'accident, préconisé dans ces derniers temps pour les fractures du péroné, de la rotule et des extrémités osseuses en général ? Je crois que cette méthode est contre-indiquée par ce que la guérison d'une fracture quelconque ne peut avoir lieu que par la formation d'un cal, et qu'il faut par conséquent laisser à la partie blessée le temps nécessaire pour cela. »

C'est une grave erreur. Le *massage* active la formation du cal, quand il est bien pratiqué. La guérison est obtenue en moins de vingt-deux jours, par *le massage*, et ce qui doit entrer en ligne de compte, elle est obtenue sans raideur

articulaire consécutive. Nous en avons de nombreuses observations.

MÉDECINE PRATIQUE

Les causes, la prophylaxie et le traitement de l'artério-sclérose.

L'artério-sclérose ou athéromasie artérielle, ou endartérite déformante et noueuse est un terme général sous lequel on désigne les mêmes lésions étendues des artères ; et cependant, au point de vue anatomo-pathologique, il s'agit de stades divers par lesquels passe chaque artère atteinte d'artérite chronique. Ce qui débute, c'est comme l'a montré M. Hipp. Martin, l'endartérite, l'endo-vascularite des vasa-vasorum dans la tunique interne artérielle. En second lieu, viennent le durcissement, les bosselures, la sclérose artérielle ; la tunique interne présente des plaques jaunâtres et calcaires. Enfin arrive l'athérome, la bouillie, le ramollissement artériel qui aboutit aux ectasies ou à la calcification complète du vaisseau, telle est l'artério-sclérose : tantôt localisée à l'aorte, aux artères coronaires ; tantôt généralisée aux artères aorte, abdominales (hépatique, splénique), crurales, humérales, radiales, temporales, etc.

I. Etiologie.

Les causes sont de trois ordres :

1° *Diathésiques.* 2° *Toxiques.* 3° *Infectieuses.*

Les premières concernent le rhumatisme, l'arthritis, la goutte, l'hérédité.

Dans les secondes nous rangeons : le saturnisme, les erreurs d'alimentation, le tabagisme, l'alcoolisme, le surmenage, la sénilité.

Les troisièmes dérivent de maladies infectieuses : fièvre typhoïde, variole, scarlatine, grippe, diphthérie, syphilis, impaludisme.

A. *Le rhumatisme, l'arthritisme, la goutte,* cette triade pathologique, dont les manifestations sont si variées et si étroitement parentes agissent sur les artères comme sur le cœur, probablement par l'intermédiaire du sang chargé d'acide urique (Bouillaud) ou d'acide lactique (Richardson). *Le diabète,* d'après Dupuytren, serait souvent aussi cause d'artério-sclérose, et c'est ainsi que s'expliquent les faits d'asphyxie locale et de gangrène des extrémités, d'hémorrhagies cérébrales ou rétiniennes dans cette maladie. L'endocardite diabétique signalée par Lécorché serait, le plus souvent, de nature artérielle, et cela, quoiqu'elle affecte le plus souvent l'orifice mitral que l'orifice aortique.

B. Les poisons, tels que *le plomb, l'alcool, le tabac,* sont des causes très fréquentes d'artério-sclérose.

En ce qui concerne l'artério-sclérose par l'alcoolisme, d'après M. Huchard, il faut bien reconnaître que la sclérose n'a pas ici une grande tendance à la généralisation, qu'elle n'affecte le système artériel qu'après avoir agi localement sur le foie, et qu'elle porte ensuite son action sur l'artère pulmonaire avant de s'étendre à tout le système artériel.

D'après Lancereaux, l'action de l'alcool sur les parois artérielles ne serait pas de nature sclérogène ; elle déterminerait, non pas l'artério-sclérose, mais l'*artério-stéatose.* Cette lésion apparaît sur des vaisseaux habituellement dilatés ou amincis, et non resserrés ou épaissis, sous forme de taches graisseuses, blanchâtres ou d'un blanc grisâtre et opalin, à peine saillantes, à contours irréguliers et sinueux (taches en îles, presqu'îles ou golfes), à limites diffuses, ou encore, sous forme de stries longitudinales et transversales plus ou moins régulières. Ce qui fait croire à l'identité des deux lésions (stéatose et sclérose artérielles), c'est que souvent des plaques d'athérome coexistent chez le même sujet à côté de ces plaques de stéatose. Mais leurs caractères morphologiques différents permettent d'en fixer le diagnostic anatomique, et l'examen histologique fait voir que ces plaques stéatosiques renferment un grand nombre de granulations graisseuses, puisqu'elles se coloreut fortement en noir sous l'influence de l'acide osmique. Il est même important, au point de vue clinique, de poursuivre cette distinction entre l'artério-stéatose et l'artério-sclérose. Dans celle-ci, la tension artérielle est toujours accrue ; dans celle-là, elle est normale, souvent diminuée. Dans la seconde, la dégénérescence graisseuse du myocarde est très rare, le muscle étant envahi par la sclérose ischémique ou dystrophique ; dans la première, elle est presque de règle. Dans l'une, le cœur est dilaté plutôt qu'hypertrophié, parce que la tension artérielle est faible et que les résistances périphériques sont amoindries ; dans l'autre, c'est-à-dire dans l'artério-sclérose, le cœur est surtout hypertrophié parce qu'il a sans cesse à lutter contre l'hypertension artérielle et la rétraction vasculaire. Les artério-scléreux meurent en aortiques ; les artério-stéateux en mitraux.

Pour le saturnisme, les lésions cardio-artérielles peuvent être produites directement par le saturnisme, ou indirectement par la goutte que cette intoxication détermine fréquemment. A ce dernier point de vue, il y a une analogie presque absolue entre la nature des arthrites ou des néphrites saturnines et celle des arthrites ou néphrites goutteuses. Dans les deux cas, l'altération du sang est la même, et les plaques athéromasiques renferment dans l'un, comme dans l'autre, des dépôts uratiques. Comme le saturnisme peut atteindre les malades à un âge peu avancé, on comprend que l'athérome artériel puisse se montrer de bonne heure, à trente ans et même à vingt ans, ainsi qu'on en a cité quelques exemples.

Une cause non moins importante est le régime alimentaire défectueux (1).

Gubler et *Lacassagne* ont attribué l'athérome des gens de la campagne à l'abus de l'alimentation végétarienne. Lacassagne ayant même remarqué (*Ann. d'hygiène*, vol. XLIX) que l'athérome est rare chez les animaux herbivores, et qu'il ne survient chez les végétaristes qu'après de grandes fatigues et des marches forcées, a émis la théorie suivante : « Le travail excessif augmente la proportion d'acide carbonique contenu dans le sang, ce qui détermine la formation exagérée et la précipitation de carbonates alcalins et de phosphates. Dès lors, on comprendrait qu'un régime exclusivement végétal puisse jeter dans l'économie une proportion plus forte des principes minéraux et favorise ainsi la production de l'athérome. »

(1) *Concours médical*, 1891, page 471.

Telle n'est pas l'opinion de M. Huchard, qui dit ceci :

« Je suis convaincu, pour ma part, que les excès et surtout les erreurs d'alimentation, en jetant dans l'organisme un grand nombre de substances toxiques, telles que les ptomaïnes non éliminées par le filtre rénal devenu de bonne heure insuffisant ou imperméable, sont une cause fréquente d'artério-sclérose ; en un mot, certaines toxines alimentaires possèdent des propriétés convulsivantes agissant, les unes sur les muscles des membres comme dans le cas de contracture des extrémités d'origine gastrique, les autres sur la musculature vasculaire. Il en résulte, dans tout le système artériel, un état de spasme plus ou moins permanent, lequel produit rapidement de l'hypertension et consécutivement l'artério-sclérose. La conclusion thérapeutique est celle-ci : il faut prescrire un régime d'où sont exclus les aliments plus ou moins riches en ptomaïnes ou en matières extractives. »

Le riche et le citadin, qui mangent trop de viande et surtout de la viande faisandée et peu cuite, comme le pauvre et le paysan qui en consomment moins, mais des viandes de qualité inférieure provenant d'animaux tués depuis longtemps, se soumettent journellement à un empoisonnement presque égal, puisque ce régime alimentaire aboutit à l'absorption d'une trop grande quantité de ptomaïnes, incapables d'être complètement éliminées. Ainsi, le riche a aussi sa misère physiologique.

Le *surmenage* physique et intellectuel, les émotions morales agissent sur le cœur et en même temps sur les vaisseaux, par le fait de fatigues musculaires exagérées, de spasmes vasculaires trop souvent répétés, d'accumulation de déchets toxiques dans le sang.

L'accumulation dans le sang de tous les déchets de désassimilation est capable de produire dans les organes diverses lésions parmi lesquelles il faut noter, d'après Revilliod, pour le système circulatoire : « l'irritation, l'épaississement, la raréfaction ou la destruction de l'endothélium des vaisseaux et des valvules du cœur, les vices de nutrition de la fibre cardiaque, sa dégénérescence, celle des fibres musculaires des vaisseaux. »

On sait encore, depuis Byasson, que le travail intellectuel augmente l'excrétion de l'urée, des phosphates et des sulfates. Broca et Lombard ont démontré, sous la même influence, l'élévation de la température de la tête ; mais lorsque ce travail est excessif jusqu'à la fatigue cérébrale, il n'est pas sans favoriser dans les artères de l'encéphale le développement de phlegmasies chroniques (Hallopeau).

Enfin *la sénilité* et sans doute la ménopause, sont causes d'endartérite chronique :

1° En raison des troubles d'hématose ;

2° En raison du mouvement de désassimilation.

C. Toutes les *maladies infectieuses*, fièvre typhoïde, variole, scarlatine, diphthérie, grippe, produisent, par infection microbienne, des lésions de l'endartère des vasa-vasorum qui aboutissent à l'artério-sclérose par un processus lent et chronique.

Pendant le cours de la fièvre typhoïde ou dans sa convalescence, la lésion artérielle atteint, d'après ces auteurs, les trois tuniques à la fois, mais surtout la tunique interne qui est bourgeonnante, végétante jusqu'à l'oblitération de la lumière vasculaire ; la tunique moyenne est également altérée, et l'adventice est remarquable par la congestion intense des vasa-vasorum. Ces lésions sont peu accusées sur l'aorte, sur les gros troncs artériels, sur les branches des coronaires ; mais elles augmentent d'intensité dans les fines artérioles à mesure qu'elles atteignent les vaisseaux plus petits, ce qui explique l'absence d'accidents angineux, ceux-ci se produisant surtout lorsque de plus grosses branches artérielles sont atteintes. Consécutivement à cette endartérite, évoluent des lésions parenchymateuses et interstitielles, les premières, dégénératives, paraissant succéder aux secondes. Celles-ci consistent en une prolifération tellement considérable des cellules fixes du tissu conjonctif, qu'elles contribuent à étouffer l'élément musculaire qui dès lors s'atrophie et dégénère, selon le mécanisme de la dégénérescence de la cellule hépatique dans les altérations du foie dues aux maladies infectieuses.

Ce qui est vrai pour la fièvre typhoïde et la variole, l'est encore pour la *diphthérie*, la *scarlatine*, la *rougeole*, la *grippe*, la tuberculose pulmonaire aiguë.

En ce qui concerne le paludisme, tous les auteurs ne sont pas d'accord : cependant, l'existence incontestable de gangrènes plus ou moins localisées chez des paludiques, semble prouver surabondamment l'influence du paludisme sur ces lésions, que M. Huchard prétend être artérielles.

Dans la *syphilis*, on observe souvent, à la période tertiaire, des scléroses du foie, du rein, parfois même du cœur, des glossites ou orchites scléreuses, des affections encéphaliques désignées sous le terme de syphilis cérébrale, et qui ont pour point de départ une lésion vasculaire. Il en est de même des scléroses de la moelle, et l'on sait que le tabes dorsal est presque toujours d'origine syphilitique. La syphilis artérielle produit encore des anévrysmes aortiques, des aortites, des lésions orificielles de l'aorte, des gangrènes des extrémités, des cardio-scléroses avec angine de poitrine. Elle peut être une conséquence directe de la syphilis héréditaire, et c'est ainsi que Chiari a vu un enfant mort à quinze mois d'hérédo-syphilis, chez lequel les artères de la base du cerveau étaient épaissies, avec tous les caractères de l'endartérite oblitérante. Or, comme la syphilis héréditaire peut exercer son action sur plusieurs générations, de sorte « qu'un petit-fils peut être tributaire de la syphilis souvent ignorée de son aïeul », d'après Fournier, on doit en conclure qu'un certain nombre de lésions aortiques, d'insuffisances de l'aorte et de cardiopathies artérielles dont la vraie cause est souvent inconnue, peuvent être justiciables de cette étiologie.

Ce n'est pas seulement à ses périodes tertiaire et secondaire que la syphilis porte son action sur le système artériel. Au moment de son accident initial, au niveau du chancre induré, on peut déjà constater un épaississement notable de toutes les tuniques artérielles.

Comment procède la syphilis pour envahir les artères ? 1° Pour Huebner, il s'agit au début d'une *endartérite* ;

2° Pour Baumgarten et Lancereaux, l'artérite syphilitique est d'abord une *périartérite*, ce qui explique son siége cérébral, dû à la présence de la gaine lymphatique autour des artères encé-

ANALYSES ET EXAMENS MICROSCOPIQUES

Les laboratoires d'analyses deviennent de plus en plus nombreux, et l'on n'a que l'embarras du choix. — Nous insistons auprès des lecteurs du *Concours* sur le caractère purement **médical** de notre laboratoire.

Suffit-il d'être un pharmacien érudit pour faire une bonne analyse ? Suffit-il de doser exactement une substance ? Nous ne le croyons pas. Nous croyons au contraire que la science médicale est presque indispensable pour faire un examen microscopique, intelligent, compétent, pour savoir rechercher les éléments qui quoique peu nombreux, ont grâce aux indications que donne généralement le médecin qui ordonne l'analyse, de l'importance, et donnent de la valeur aux signes cliniques observés. Les maladies du rein et de la vessie sont d'un diagnostic souvent délicat, et le médecin a certainement de meilleurs yeux que le pharmacien pour discerner et aider au diagnostic.

Pour résumer une analyse et donner quelques conclusions appropriées, et même quelques conseils, le médecin, le confrère a plus d'autorité certainement, et plus de compétence que le simple chimiste.

Docteur LORIN.

SIROP DE BROMURE DE POTASSIUM DE JOMIN

Sirop poly-bromuré Jomin, aux bromures de sodium, potassium, ammonium et calcium,
Sirop d'iodure de potassium Jomin, Sirop d'iodure de sodium Jomin.

Ces sirops, préparés avec des sels chimiquement purs, sont facilement tolérés. L'usage peut en être continué sans aucun inconvénient et sans la moindre difficulté. Ils doivent leur supériorité non seulement à la pureté des sels, mais encore aux soins apportés à la fabrication du sirop lui-même.

Expédition franco en gare la plus rapprochée, contre l'envoi d'un mandat-poste aux conditions suivantes : 2 flacons, 8 fr. 50 ; 6 flacons, 24 francs.

Adresser les demandes à M. J. JOMIN, pharmacien à Boulogne-sur-Mer.

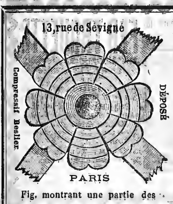


Fig. montrant une partie des **Allettes Dépliées**

(7 grandeurs, de 3 fr. 50 à 10 fr.)

A. BESLIER et CHENNEVIÈRE, pharmaciens **PARIS**
FOURNISSEURS DES HOPITAUX
18, RUE DE SÉVIGNÉ, 18

VÉSICATOIRE ROSE de BESLIER au CANTHARIDATE DE SOUDE
A base de produit chimique stable ; plus propre, et d'une action plus sûre et plus rapide que les toiles vésicantes, qui moisissent ou sont infidèles, il est *indolore si on a soin de l'enlever dès la sensation de sinapisme et de le remplacer par un cataplasme sous lequel l'action continue sans accident du côté de la vessie.*

N. B. — M. BESLIER rappelle au monde médical qu'il a appliqué, le premier, la cantharidine à la vésication ; et que ce n'est qu'après des essais probants, suivis depuis 20 ans, qu'il a reconnu l'indéniable supériorité du **CANTHARIDATE DE SOUDE** sur la cantharidine elle-même.

APPAREIL COMPRESSIF BESLIER contre la **HERNIE OMBILICALE**
(Le recouvrir d'un linge chaud au moment de l'application.)
SUPPRESSION des **BANDAGES — AUCUNE IRRITATION** de la **PEAU**
INDISPENSABLE à tous les **NOUVEAU-NÉS**

SPARADRAP CHIRURGICAL à la **GLU** de **BESLIER** (Base de l'appareil Beslier) d'une propreté inconnue jusqu'ici. Son adhérence, qui paraît faible, est, au contraire, parfaite si on le chauffe légèrement. Son *application, même prolongée, ne cause aucune irritation sur les épidermes les plus délicats.*

VINAIGRE CHENNEVIÈRE, le plus agréable et le plus énergique des antiseptiques désinfectants, **2 francs.**

SOLUTION BOURGUIGNON

au CHLORHYDRO-PHOSPHATE de CHAUX pur et titré.
Croissance, Rachitisme, Anémies, Phtisie, Maladies des os, Cachexies, Dentition, etc.
LABOUREUR, Ph^ien, 2, Boulevard Raspail, PARIS.



CORRESPONDANCE
(*Suite*)

Nous répondons que nous désapprouvons absolument les termes et l'envoi de cette lettre et nous sommes persuadés qu'elle ne profitera pas à son auteur.

Dr D., à C. (Indre). — Dès l'instant qu'un pharmacien s'établit dans votre localité vous n'avez plus droit de délivrer des médicaments à qui que ce soit et où que ce soit ; la nouvelle loi ne vous conférera pas ce droit, puisqu'elle laisse le médecin sous l'empire de la loi de germinal, auquel l'article 11 a été renvoyé. Ce ne serait que si cet article 11 était adopté, lors de la discussion de la loi sur l'exercice de la pharmacie, que vous auriez la faculté en question. Nous sommes loin de ce moment.

Dr X. — Vous achetez la clientèle d'Y, il y a 3 ans, payable en 10 ans. Vous anticipez les paiements et au bout de trois ans, le prix payé et malade, vous désirez céder votre clientèle à Z. Mais vous croyez que Y, propriétaire de la maison que vous occupez veut la réoccuper et exercer, à nouveau, sa profession, sous le prétexte qu'il ne s'est engagé qu'avec vous. Z vous dit : je veux bien de votre clientèle, mais il faut que vous me garantissiez que votre prédécesseur Y n'aura pas la velléité singulière qu'on lui prête. Nous répondons qu'il faut d'abord vous assurer de l'intention prêtée à votre cédant. Si elle était réelle, votre contrat de cession avec Z devrait stipuler des conditions spéciales, résolutoires de la convention en projet. Vous pourriez vous adresser à la justice, le fait une fois accompli, et surement les juges vous donneraient raison. Telle est notre opinion et celle des personnes que nous avons consultées ; à notre connaissance le cas n'a pas été jugé.

Dr S., 1920. — Vous dites « quelle valeur attribuez-vous à un *cabinet* fondé depuis 20 ans et rapportant 12,000 f. » Cette question, ainsi posée, comporte difficilement une solution, car vous n'indiquez pas les frais et la somme de travail qu'impose cette situation. Si ces frais et ce travail étaient très réduits, on pourrait estimer la valeur à 8 ou 10 mille francs.

M. L., méd. à A. (Gironde). — L'envoi du prix de

SERVICE DES NOURRICES SUR LIEUX

Quand on désire, dans le but de rendre service à une nourrice, lui procurer une nourriture sur lieux, dans la famille d'un nourrisson, il suffit de remplir un des bulletins que nous envoyons dans ce but et de l'adresser à l'Administrateur du *Concours médical*, 23, rue de Dunkerque. (Lui en réclamer, si on n'en possède pas.) Ce bulletin rempli, la nourrice doit se procurer : 1° Un certificat médical que délivre le médecin-inspecteur des enfants en bas âge, constatant son aptitude comme nourrice ; 2° un certificat du maire de sa commune que lui délivre le secrétaire de la mairie. Alors elle attend d'être avisée par Madame Monod qu'elle peut partir. Dès son arrivée, Madame Monod, directrice du service de placement de nourrices du *Concours médical*, rue Pascal, 13, après avoir rempli les formalités administratives, s'occupe de lui trouver une famille. Mais la postulante peut attendre plusieurs jours, avant d'être placée ; car cette éventualité dépend de sa physionomie, de ses aptitudes nourricières et aussi des caprices des familles. Ces délais sont dans la nature des choses.

En ce qui concerne les **nourrissons au sein à emporter** *en province et les* **nourrissons au biberon,** *nous avons dit, à bien des reprises, depuis plusieurs années, que nous avions renoncé à ce* **service** *qui a présenté trop de difficultés lorsque nous l'avons pratiqué pendant deux années.* **Donc ne pas remplir de bulletins en vue de nourrisson au sein à emporter,** *et* **nourrisson au biberon.**

votre abonnement avait été mal interprété ; on en avait fait une fausse application. On a réparé l'erreur. On vous a adressé les numéros parus depuis votre envoi ; vous êtes inscrit *abonné simple*, jusqu'au jour où, par la lecture assidue du journal, vous serez assuré que la *Société du Concours médical* n'a pas trop mal employé ses quatorze années d'existence et que, connaissant bien nos œuvres, vous voudrez devenir membre actif du Concours. A ce moment, vous vous ferez présenter par un parrain. Mais, si comme nous le supposons, vous faites partie d'un Syndicat, ou de l'Association générale, il suffira de l'indiquer et vous n'aurez pas besoin d'être présenté.

Membres du Concours exerçant dans les stations thermales.

Ax (Ariège).
Dresch.

Bagnères-de-Luchon.
P. Ferras.

Bains (Vosges.)
Pommageot.

Bondonneau (Drôme).
Cazenave de la Roche.

Bouqueron-les-Eaux (Isère).
Gaillard.

Bourbon-Lancy.
Goëde.

Cauterets.
Duhourcau. — Miquel-Dalton. — Pedebidou. — Bordenave.

Capvern-les-Bains.
Claverie.

Chelles (Savoie).
G. Petiau.

Contrexéville
Debout d'Estrées.

Eaux-Bonnes.
Le Riche.

Enghien-les-Bains.
Callias.

Evian-les-Bains.
Rocque. — Dumur.

Gérardmer.
Greuell.

La Bourboule.
Meneau. — Nicolas. — Noir. — Olivier. — Veyrières.

Lamalou-l'Ancien.
Donadieu.

Luxeuil
Barbaud. — Viciot.

Mont-Dore.
Geay. — Tardieu.

Motte-les-Bains (Isère).
De Langenhagen.

Néris-les-Bains.
Morice. — Allot.

Pougues-les-Eaux.
Mignot.

Royat.
Puy-le-Blanc.

St-Honoré-les-Bains.
Marius Odin. — Comoy.

Salies-de-Béarn.
Vigneau.

Salins.
Bourny. — Compagnon.

St-Sauveur.
Sabail.

Ussat-les-Bains.
Cenac.

Vals.
Lagarde.

Vichy.
Aurillac. — Charnaux. — Fournier. — Frémont. — Grellety. — Navault. — Therre. — Veillon.

phaliques et à la tendance de la syphilis à envahir les tissus lymphatiques.

Nous n'insisterons pas davantage sur l'étiologie de l'artério-sclérose. Nous en savons assez pour déduire une prophylaxie logique et un traitement rationnel.

II. Prophylaxie.

A. En ce qui concerne l'arthritisme, le tempérament rhumatisant, il faut se soumettre de bonne heure à une hygiène alimentaire sévère.

Ce n'est pas l'alimentation carnée qui rend les hommes plus forts et plus vigoureux. En Grèce, les jeunes gens se destinant à la profession d'athlètes se soumettaient à un régime composé de figues, de noix, de fromage et de pain grossier. Pivion, dans son « Etude sur le régime de Pythagore », a rappelé que le tunnel du Saint-Gothard a pu être percé grâce à la force des travailleurs italiens se nourrissant de polenta, et le chemin de fer du Pacifique des Etats-Unis a été rapidement construit à l'aide d'ouvriers chinois, grands mangeurs de riz. Ce n'est pas là évidemment le régime qu'il faut songer à imposer à notre génération, mais il faut recommander l'usage de l'alimentation végétarienne, qui permet une plus longue existence, comme on l'a constaté chez les Chartreux et les Trappistes : il faut mettre un terme à l'abus de l'alimentation azotée.

Il faut réduire la quantité de vin pur, de vin de Bourgogne surtout, et y mettre une notable proportion d'eau. Les alcalins, l'eau minérale alcaline faible prise pendant de longues périodes sans interruption, auront une influence salutaire dans la prophylaxie de la sclérose artérielle rénale, hépatique, cardiaque, cérébrale. Le lait en grande quantité, sous forme de boisson ou d'aliment associé à d'autres substances, est aussi un excellent préservatif contre l'athérome diathésique.

B. Les mêmes recommandations doivent être observées pour éviter l'athéromasie alcoolique, saturnine, tabagique, alimentaire. Alimentation végétarienne le plus possible, boissons aqueuses alcalines abondantes, lait sous des formes variées. Pour les personnes qui manient le plomb, éviter de rester de longues périodes sans prendre de bains, soins de propreté minutieux, purgations et diurétiques fréquemment et régulièrement répétés, enfin usage périodique intermittent de bains sulfureux. — Quant à la prophylaxie de l'artério-sclérose par surmenage physique ou intellectuel, nous ne saurions rien en dire ; cela dépend des caractères, des mœurs, des professions ; chacun doit rechercher pour sa propre part les moyens d'y mettre un terme.

C. Plus difficile est la prophylaxie de l'artério-sclérose par maladies infectieuses. Elle se confond en partie avec celle des maladies infectieuses elles-mêmes. Tout d'abord, il faut tâcher d'éviter ces maladies par une hygiène bien entendue, des soins de propreté absolument stricts, une antisepsie soignée des cavités naturelles, etc. En second lieu, ces maladies une fois contractées, il sera du devoir du médecin de lutter avec vigueur contre l'intoxication sanguine, contre la surabondance de colonies microbiennes ou de produits toxiques d'origine microbienne dans le torrent ciculatoire ; comment y parviendra-t-il ? Par l'antisepsie interne et externe, par l'usage de bains fréquents, tièdes ou froids, pendant le cours de ces maladies. L'hydrothérapie, ce grand modificateur du système nerveux, est en effet un des plus puissants moyens préservatifs de l'artério-sclérose.

III. Traitement.

Hélas ! il est bien court. La lésion une fois établie est bien difficile à faire rétrocéder ; on ne peut y arriver que si on sait reconnaître cette affection à son origine, car, au bout d'un certain temps, l'endartère se ramollit, la tunique moyenne comprimée s'atrophie et perd son élasticité, les vaisseaux se dilatent, deviennent sinueux et ne peuvent revenir à leur état normal. L'iodure de potassium est l'agent désigné ; il a la propriété d'arrêter les progrès de cette lésion et peut-être même d'en amener la résorption, à la condition d'être continué pendant plusieurs mois, une année, et même plus longtemps.

Il faut le prescrire à la dose altérante de 1 à 2 grammes par jour pendant longtemps ; le faire prendre au commencement des repas dans du lait ; masquer son goût désagréable avec une essence aromatique et non avec un sirop écœurant, comme le sirop d'écorce d'orange amère. On peut lui substituer l'Iodure de sodium ou l'Iodure de strontium pur.

L'hypertrophie cardiaque consécutive à l'artério-sclérose n'offre aucune indication ; elle est un bienfait, et le mieux est de la respecter ; la dilatation, qui l'accompagne dans un certain nombre de cas, est peu accessible à nos moyens d'action et par conséquent, l'indication principale, après celle qui consiste à s'opposer aux progrès et aux effets immédiats de l'artério-sclérose, est de combattre l'insuffisance cardiaque dès son apparition, avant que le malade soit en état d'asystolie complète.

L'emploi des diurétiques, alors indiqué, doit être prescrit à haute dose, et continué jusqu'à cessation des accidents. Toujours nous avons vu ces agents faire cesser la dyspnée au bout de quelques jours, une semaine en général ; plus tard, l'œdème des jambes disparaît et, avec lui, la plupart des phénomènes de l'asystolie cardiaque. La poudre de feuilles de digitale en infusion à la dose de 0,40 à 0,50 centigr. par vingt-quatre heures, le vin diurétique de Trousseau, des pilules de scille, scammonée et digitale renfermant chacune 0,05 centig. de substance et données à la dose de six à huit par 24 heures, sont les moyens qui, dans ces circonstances, nous ont donné les meilleurs résultats.

Rappelons aussi les médicaments cardio-vasculaires modernes, si vantés par M. Huchard, la caféine, le strophantus, la convallamarine, la spartéine, toniques puissants des vaisseaux et du cœur, qui seront indiqués contre les accidents de dépression ou d'hypertension vasculaire consécutifs à l'artério-sclérose.

Lorsque par suite d'une dilatation excessive du cœur ou d'une altération par trop considérable du myocarde, ces agents, malgré une dose suffisante, restent sans efficacité, il y a lieu de recourir à l'emploi des purgatifs drastiques. Les malades, malgré leur état de faiblesse, les supportent généralement bien, surtout si on cherche à soutenir leurs forces par du lait, du cognac, de l'éther et du café.

Un des principaux dangers, en pareil cas, étant l'insuffisance urinaire, le lait est l'aliment

le mieux approprié, car c'est celui qui favorise le plus avantageusement la sécrétion des reins, du moins lorsque les malades ont de l'anasarque. Ce régime, joint aux diurétiques et purgatifs, permet sinon de guérir, tout au moins de prolonger l'existence pendant des années.

N'oublions pas que l'artério-sclérose devient une contre-indication à l'hydrothérapie, aux douches, aux bains de mer, aux bains sulfureux, lorsque les lésions sont constituées et déjà anciennes.

Toutes les émotions vives, les efforts pénibles, physiques ou intellectuels sont dangereux, car les artères, devenues inextensibles, ne peuvent plus être soumises à des spasmes violents, sans risquer de se rompre (hémorrhagies cérébrales, apoplexies, anévrysmes).

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le service militaire des médecins.

Dans son numéro du 6 août le *Concours médical* a reproduit l'extrait d'un article du *Temps* relatif à la décision ministérielle du 7 octobre 1890 fixant les conditions dans lesquelles les étudiants en médecine et en pharmacie accomplissent leur année de service et l'a fait suivre d'appréciations dont personne ne saurait contester la justesse.

Chacun sait que le temps passé sous les drapeaux par les étudiants en médecine, dans les conditions déterminées par la décision ministérielle ci-dessus visée, est absolument perdu. C'est « une année sacrifiée », disent avec raison ces jeunes gens.

Pour s'en convaincre, il suffit de se rappeler quelles sont les occupations auxquelles ils sont assujettis pendant leur année de service.

Aux termes de la décision du 7 octobre 1890, « quel que soit le nombre de leurs inscriptions, « ils seront, pendant les 6 premiers mois de leur « présence, exclusivement soumis aux obligations « de service imposées aux hommes de leur « classe ».

Tout le monde conviendra qu'en raison même de sa bizarrerie cette mesure échappe à toute critique.

Comment, en effet, s'expliquer que le meilleur moyen de développer chez un futur médecin l'aptitude à exercer un art dans l'armée, consiste à lui faire interrompre ses études pour lui enseigner un métier qu'il ne pratiquera jamais ?

Le 2e paragraphe de cette décision ministérielle prescrit ce qui suit : « A partir du 2e semestre, « ils suivront les cours et exercices spéciaux aux « infirmiers et brancardiers régimentaires, et des « conférences sur le service de santé en campa- « gne. »

Quelques explications sont ici nécessaires :

Dans les corps de troupe, les cours de brancardiers et d'infirmiers sont faits à des élèves désignés parmi les ouvriers tailleurs et cordonniers et les musiciens. Le programme de ces cours comporte des questions essentiellement pratiques (ranimer un blessé, combattre une syncope, panser une plaie). Les notions théoriques données par le médecin-major chargé du cours sont nécessairement aussi élémentaires que possible afin d'être mises à la portée d'un auditoire généralement peu favorisé sous le rapport de la culture intellectuelle et de l'instruction première.

Tel est l'enseignement que les étudiants en médecine sont tenus de suivre pendant 6 mois en commun avec les infirmiers et les brancardiers de leur régiment.

Comment a-t-on pu oublier que toutes les matières enseignées dans ce cours sont parfaitement connues de tous les étudiants en médecine, si peu avancés qu'ils soient dans leurs études ? Ignore-t-on que parmi eux un grand nombre ont servi dans les hôpitaux comme externes ? Qui pourrait contester que le temps consacré à leur enseigner les matières contenues dans les manuels de l'infirmier et du brancardier, serait beaucoup mieux employé par eux à suivre les cours et cliniques de la faculté ?

En résumé, pendant leur année de présence sous les drapeaux, les étudiants en médecine et en pharmacie ne rendent aucun service à l'armée et subissent une perte de temps des plus préjudiciables à leurs études.

Il est donc nécessaire de voir substituer à la décision ministérielle du 7 octobre 1890 des conditions qui n'imposeraient pas aux étudiants en médecine et en pharmacie la perte d'une année d'études et qui leur permettraient de rendre à l'armée tous les services que celle-ci peut leur demander.

La combinaison indiquée dans l'article du *Temps* répond à cette double nécessité.

On n'a pas oublié que cette combinaison consiste à n'appeler les médecins sous les drapeaux que lorsqu'ils sont pourvus du diplôme de docteur et à leur imposer un stage d'un an à titre d'aide major de réserve.

Quelles objections peut-on opposer à cette proposition ?

L'égalité ?

Mais d'autres catégories de jeunes gens appelés à servir sous les drapeaux n'entrent dans l'armée que comme officiers. Nous pourrions citer comme exemple, les élèves de l'école des eaux et forêts, qui, au terme de leurs études, sont appelés dans les corps de troupe pour y faire un stage d'un an à titre de sous-lieutenants de réserve.

Pourquoi ne pas étendre aux médecins cette mesure libérale ? ce qui est considéré comme un droit pour une catégorie de jeunes gens, serait-il un privilège quand il s'agit d'étudiants en médecine ou en pharmacie ?

L'adoption de cette mesure constituerait un avantage considérable pour l'armée.

Aussitôt pourvu de son diplôme le médecin accomplirait un stage d'un an, soit dans un corps de troupe, soit dans un établissement hospitalier. Il y aurait même avantage à l'employer alternativement dans l'un et l'autre de ces deux services. Pendant son stage il serait initié aux diverses questions d'hygiène militaire (alimentation de troupes, casernement), aux connaissances administratives relatives au service de route, et à tous les détails du service, qui s'apprennent beaucoup mieux par la pratique que dans des cours théoriques.

Les médecins de réserve, après ce stage d'un an, seraient ainsi pourvus d'une expérience qui leur permettrait de rendre à l'armée de très gands services au jour d'une mobilisation.

Un autre avantage, non moins sérieux, résultant de ce stage d'un an, serait de doter le service de santé d'un surcroît de personnel, qui permettrait de faire face à toutes les exigences du service en temps de paix et dispenserait de recourir à ces extensions de cadres qui sont si onéreuses pour le budget.

Nous n'avons fait qu'effleurer cette question si importante. Elle a besoin d'être étudiée dans tous ses détails. Il importe qu'elle fasse l'objet d'une campagne vigoureusement poursuivie. C'est à l'opinion publique qu'incombe ce rôle. De notre côté nous prenons l'engagement de ne rien négliger pour arriver à la réalisation d'une mesure qui intéresse l'armée et le corps médical.

Paris, 9 août 1892.

Dr Labonne.

Assistance publique.

Une réforme qui s'impose.

L'administration de l'*Assistance publique* est débordée : les crédits affectés aux objets de pansement sont chaque année augmentés et, malgré cette hausse progressive, l'allocation pour 1892 qui était de 701.500 fr. va se trouver épuisée et pour cette année le million ne suffira probablement pas.

Que faire? Serait-il pratique, comme le propose la *Gazette des Hôpitaux*, d'assigner à chaque chirurgien un budget qu'il ne pourrait dépasser ?... évidemment tout dépend du nombre et de la nature des opérations ou pansements de chaque service. On pourrait bien, il est vrai, réaliser quelques bénéfices en faisant préparer dans les hôpitaux les ouates, gazes et éponges aseptiques au lieu de les payer fort cher au commerce ; mais on se plaint surtout du gaspillage qui préside aux pansements des consultations gratuites.

C'est sur ce point, à mon avis, qu'il faudrait principalement attirer l'attention de l'*Assistance publique* ; on admet, en effet, à ces consultations gratuites beaucoup trop de monde, on y fait par là même beaucoup trop de pansements et on y distribue trop de bons pour bains, douches, séances d'électricité. Si l'on en excluait la moitié (car je ne crois pas trop m'avancer en disant que la moitié environ de ces consultations sont données à des gens aisés, voire même à des rentiers) on verrait également diminuer de moitié les frais qui incombent de ce chef à l'Assistance publique. Un moyen beaucoup plus juste et en même temps plus productif consisterait à imposer à cette catégorie une rétribution uniforme, dont le produit, centralisé par l'Assistance, lui permettrait de faire plus pour les vrais nécessiteux.

Pourquoi, en outre, le contre-sens qui préside à ces consultations ? Ou le consultant est sans ressource, digne d'intérêt, et alors vous lui devez gratuits médicaments et consultation ; ou il est dans une certaine aisance et cherche à exploiter le pauvre ; dans ce cas, faites-le payer. Or les choses ne se passent pas de cette façon et si la consultation n'est pas payante, il n'en est pas de même du médicament ; si le médecin est sacrifié, on ne voudrait pas, pour tout au monde, priver le pharmacien de son petit bénéfice et le consultant doit acheter ce que comporte son ordonnance.

Mais le moyen de distinguer l'indigent de son exploiteur, de celui qui pourrait payer sa consultation, ses pansements, ses bains ? C'est à la solution de ce problème que nous devons travailler ; une solution pratique et ne froissant pas les susceptibilités, serait la bienvenue.

On avait pensé dans certaine grande clinique gratuite à installer quelques troncs, croyant que les malades riches et reconnaissants des services rendus gratis, y déposeraient leur obole. La dame patronnesse, chargée de vider ces troncs au bout du 1er semestre, m'a affirmé n'y avoir trouvé qu'une seule pièce blanche et une cinquantaine de petits sous, l'aumône du pauvre probablement !

Il ne faut donc pas s'arrêter à ce projet qui aurait le même sort dans les Hôpitaux : faut-il trancher dans le vif et exiger une carte d'indigence de chaque personne ?

Quelle que soit l'idée à laquelle on s'arrête, on sera bientôt obligé de chercher à arrêter ce flot, toujours montant, de consultations gratuites.

Dr Zibelin.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine.

Séance du 20 juin 1892.

M. le Président *Le Baron* donne lecture d'un rapport de M. Maury, sur les dispensaires d'enfants, rapport dont les conclusions viennent d'être adoptées par le Conseil municipal de Paris.

Le Conseil a voté une subvention de 26,000 francs pour la création de dispensaires scolaires dans les 10e, 11e, 15e, 19e et 20e arrondissements.

Un supplément de 24,000 francs est mis en réserve pour donner satisfaction aux demandes des 4e, 12e, 13e, 14e, 17e et 20e arrondissements.

Ces mesures doivent attirer l'attention du Syndicat.

Plusieurs membres s'élèvent contre ce gaspillage des deniers publics. Dans nombre de dispensaires les distributions de médicaments se font sans contrôle. On voit des malades qui, après y avoir reçu des médicaments, vont encore en demander aux maisons de secours des bureaux de bienfaisance.

Ces nouveaux dispensaires ne diminuent en rien le nombre des enfants soignés par l'Assistance publique, et font double emploi avec les hôpitaux et les maisons de secours.

La question est renvoyée à l'examen d'une commission.

Le Président rend compte des démarches faites au nom de l'Association près du Conseil municipal et de l'Administration de l'Assistance publique au sujet des Policliniques.

Le 22 juin, le Conseil d'administration, présenté par M. le Dr Chassaing, député de la Seine, a remis à l'Hôtel de Ville, entre les mains du Président du Conseil mucicipal, la pétition suivante :

Les médecins soussignés, membres du Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, ont l'honneur d'adresser au Conseil municipal de Paris une protestation contre les subventions allouées aux Policliniques pour les raisons suivantes :

1° Parce que ces établissements ont été fondés moins dans un but d'intérêt général que dans un but d'intérêt privé.

2° Parce que, en qualité de contribuables, les médecins ne peuvent admettre que leurs deniers servent à favoriser des institutions qui leur portent un préjudice considérable.

3° Parce que les bureaux de bienfaisance et les hôpitaux suffisent amplement à assurer le service des indigents,

4° Parce que le plus grand nombre des consultations est donné à des gens qui ne sont pas nécessiteux, et qu'il est immoral d'encourager ce genre de mendicité.

Les médecins de la Seine espèrent que le Conseil municipal de Paris voudra bien accueillir favorablement leur pétition, en raison du dévouement dont ils ont toujours fait preuve envers les *vrais pauvres* et de leur attachement traditionnel aux institutions républicaines.

Le mardi 5 juillet, à 4 heures, le Conseil d'administration, sur l'invitation qu'il en avait reçue, a été entendu par la V° Commission du Conseil municipal (Assistance publique) et a exposé les doléances du corps médical relativement aux subventions accordées aux policliniques et aux dispensaires, aux consultations gratuites données dans les hôpitaux aux personnes qui ne sont ni nécessiteuses, ni indigentes, à l'hospitalisation de malades riches ou aisées, à la possibilité de créer dans les établissements publics (maisons de secours des bureaux de bienfaisance) des policliniques, en mettant à la disposition des médecins des bureaux de bienfaisance les instruments, le personnel et le nécessaire qui leur font à l'heure actuelle complètement défaut.

Le 25 juin, le Conseil d'administration a été reçu par M. le Directeur et M. le Secrétaire général de l'Assistance publique et a déposé la pétition suivante :

Les Médecins soussignés, membres du Conseil d'administration de l'Association syndicale professionnelle des Médecins de la Seine et délégués par leur Société, ont l'honneur d'adresser à Monsieur le Directeur de l'Assistance publique la pétition suivante :

Un grand nombre de gens aisés, abusant de la charité publique en se faisant soigner gratuitement dans les hôpitaux, l'Association Syndicale prie l'Administration compétente de prendre les mesures nécessaires pour que le bénéfice des consultations et de l'hospitalisation soit réservé aux indigents.

Elle demande, comme mesure préliminaire, qu'il soit apposé dans les salles de consultations des affiches indiquant que les nécessiteux seuls ont droit à l'assistance médicale.

A l'appui de leur pétition, les soussignés apportent les raisons suivantes :

1° Les faux pauvres, comme l'a dit si justement le Dr de Beurmann, prennent, contrairement à toute justice et à toute dignité, la *place*, le *temps*, les *soins* qui appartiennent aux indigents, et les frustrent d'une partie de leur bien ;

2° Les soins gratuits donnés à ceux qui ne sont pas nécessiteux surchargent d'une façon inquiétante pour les contribuables le lourd budget de l'Assistance publique ;

3° Il est immoral d'encourager un genre de mendicité de nature à étouffer chez ceux qui le pratiquent toute idée de prévoyance et d'économie.

L'Association Syndicale professionnelle des Médecins de la Seine ose espérer que l'Administration de l'Assistance publique, persuadée des inconvénients multiples qu'il y aurait à laisser persister et s'aggraver un tel état de choses, prendra les mesures nécessaires pour réprimer ces abus contraires à la justice et à une économie bien entendues.

Un des membres de l'Association, M. de Chateaubourg soumet la question suivante :

Quelle conduite faut-il tenir en présence d'un client qui, muni d'une ordonnance délivrée par un confrère à un domestique, vient demander au médecin de lui faire connaître sur le vu de cette ordonnance la nature de la maladie dont le domestique est atteint ?

L'assemblée, après discussion, décide que le médecin est, dans ce cas, tenu au secret.

M. le Président Le Baron propose d'organiser pour les dimanches, surtout pendant l'été, un service de remplacements.

Cette question a déjà été posée à la Société de médecine pratique et dans plusieurs Sociétés d'arrondissements.

Il serait facile à des médecins, habitant des quartiers voisins, de se grouper et de laisser l'un d'entre eux alternativement de garde chaque dimanche. Avec une voiture à la journée, dont le prix serait réparti entre les médecins remplacés, le service pourrait fonctionner sur un rayon assez étendu.

Le principe de l'organisation proposée par M. *Le Baron* est adopté.

La discussion s'engage sur la façon de régler les honoraires, et l'Assemblée, sur la proposition de MM. *Hervouet* et *Michel*, décide que le remplaçant doit toucher immédiatement et intégralement le prix de ses visites.

Pour les malades de sociétés qui paient à l'année, le prix de la visite est fixé à un franc.

Le bureau sera chargé de provoquer et d'organiser le groupement des membres du Syndicat qui adhéreraient à ces propositions.

M. Le Baron demande ensuite que le Syndicat se mette à la disposition de ses adhérents pour l'organisation des *remplacements pendant les vacances, ou en cas de maladie*. Cette proposition, mise aux voix, est adoptée en principe.

Les confrères intéressés s'entendront directement pour ces remplacements.

M. Peltier rappelle que la Chambre est sur le point de trancher la question des patentes, et d'imposer une patente fixe aux médecins, aux avocats, etc.

Une commission composée de *MM. H. de Villeneuve, Hervouet et Peltier*, est chargée d'étudier la conduite à tenir et d'apporter des conclusions pour la prochaine séance.

Association syndicale des médecins de l'Arrondissement de Sedan.

L'Association syndicale des médecins de l'arrondissement de Sedan a été fondée le 5 juin 1891.

Après avoir voté leur règlement intérieur, les membres fondateurs ont élu leur Bureau :

Président : Dr Peltier, de Sedan.
Vice-Président : Dr Péronne, de Sedan.
Secrétaire : Dr Aron, de Sedan.
Trésorier : Dr Moreaux, de Donchery.
Assesseurs : Drs Jeanjot, de Donchery et Gayral, de Carignan.

Ils ont ensuite réglé comme suit les rapports du corps médical avec les chefs d'industrie et les collectivités au milieu desquels ils vivent.

1° *Rapports des médecins avec les industriels.*

ARTICLE PREMIER.

Quand un industriel fera directement des propositions à un médecin pour soins à donner à ses ouvriers, le médecin, avant de s'engager, devra en référer au Bureau du Syndicat auquel il fournira les renseignements suivants :

1° Genre d'industrie ; 2° nombre d'ouvriers ; 3° genre de soins : médicaux, chirurgicaux, ou les deux ; 4° distance moyenne à parcourir ; 5° mode de rétribution proposé, à forfait ou à la visite.

ARTICLE 2.

Le Bureau déterminera le prix minimum à demander et fera connaître sa décision dans les huit jours à l'intéressé, qui devra s'y conformer.

ARTICLE 3.

Si le prix fixé n'était pas accepté par l'industriel, le médecin en avisera le Président du Syndicat qui, après avoir pris connaissance des objections de l'industriel et l'avis du Bureau, décidera si le prix devra être maintenu, et au besoin fera une démarche auprès de l'industriel.

ARTICLE 4.

En cas de conflit, tous les moyens de conciliation ayant été épuisés par le Bureau, si l'industriel s'adresse à un autre confrère, celui-ci, comme le premier, devra en informer le Bureau qui lui exposera les faits et le devoir du second confrère sera tout tracé, il devra décliner l'offre, quelle qu'elle soit.

ARTICLE 5.

Si le conflit persiste, le Syndicat tout entier, averti par les soins du Bureau, devra user de tous les moyens en son pouvoir pour protéger le confrère en cause.

ARTICLE 6.

Quand un médecin sera appelé pour donner des soins à un ouvrier blessé dans les usines d'un industriel qui n'a avec lui aucun traité ni direct, ni indirect, il ne devra les continuer, après les premiers soins que commande l'humanité, que s'il a obtenu la signature de l'industriel ou de son représentant sur un imprimé en tête duquel sera relaté le présent article et ainsi libellé :

Le soussigné, industriel à .... s'engage à régler les honoraires du docteur X... et des confrères qu'il pourrait appeler pour les soins à donner à son ouvrier........ blessé le........

(Signature).

ARTICLE 7.

Dans le cas où un industriel, lors de la première visite, aura refusé de prendre l'engagement relaté dans l'article précédent, le médecin préviendra les confrères voisins et le bureau qui avertira l'industriel que, à partir de ce jour, les médecins faisant partie du Syndicat lui refuseront leur concours.

ARTICLE 8.

Dans le cas où un industriel, après avoir signé la formule d'engagement, refuserait de s'exécuter, une action serait intentée contre lui par le ou les intéressés avec l'appui pécuniaire et moral du Syndicat, consulté préalablement en assemblée générale ou par lettres.

ARTICLE 9.

Quand un médecin sera appelé dans une localité où il y a un confrère, pour donner des soins à un ouvrier blessé, il devra s'enquérir auprès du confrère du pays, si des premiers soins ont déjà été donnés. En cas d'affirmative, il se retirera, et le confrère chargé des soins portera le montant de son déplacement sur la note d'honoraires.

2°. — *Rapports des médecins avec les Compagnies d'assurances contre les accidents.*

ARTICLE PREMIER.

Quand la Compagnie d'Assurances ne demandera au médecin que de constater l'existence et la guérison des blessures survenues à ses assurés sans s'occuper des soins, le prix de chaque sinistre constaté sera de 6 francs dans la localité du médecin aux conditions suivantes :

1° Si les assurés travaillent dans une usine, la Compagnie devra faire afficher dans cette usine qu'elle ne prend pas les soins médicaux à sa charge en cas d'accidents, à moins cependant que l'industriel n'ait un traité avec un médecin.

2° Si les assurés travaillent séparément, l'article de la police où il est stipulé que les soins médicaux ne sont pas payés par la Compagnie, devra être clair et souligné.

ARTICLE 2.

Dans le cas où une Compagnie d'Assurances voudrait se substituer à un industriel pour les soins à donner aux ouvriers blessés, le médecin devra demander au moins 8 francs par sinistre constaté et soigné chez lui, quel que soit le nombre des consultations.

Si le blessé ne peut venir à la consultation du médecin, il faudra exiger le prix intégral de chaque visite, après la cinquième visite, soit 2 francs dans la résidence du médecin.

ARTICLE 3.

Tout déplacement, soit pour constatation, soit pour visite, sera payé 1 franc par kilomètre, en plus des prix stipulés ci-dessus.

ARTICLE 4.

Les grands pansements, opérations et consultations de un ou plusieurs médecins, seront réglés suivant un tarif particulier établi par l'Association et qui sera communiqué aux Compagnies.

ARTICLE 5.

Avis des présentes décisions sera donné par les soins du Bureau de l'Association à tous les agents des Compagnies d'Assurances ayant des clients dans l'arrondissement de Sedan.

(A suivre.)

REPORTAGE MÉDICAL

Un institut médico-légal à Paris. — C'est une question qui a déjà été agitée plusieurs fois ; elle a depuis longtemps été résolue par l'affirmative en principe, mais les dépenses à faire l'ont toujours empêchée de devenir une réalité.

Le Conseil général de la Seine vient de discuter l'article des dépenses nécessaires à cette création ; et, quoique bien disposé en principe, il l'a encore ajournée, jusqu'au jour où l'Etat déclarera d'une façon formelle vouloir contribuer aux dépenses ; car, ont dit avec assez de raison les conseillers généraux, l'enseignement de la médecine est une dépense, qui doit être payée par le budget de l'Etat, et non par le budget départemental.

— *Une statue à Duchenne (de Boulogne).* — Le Conseil municipal de Paris a voté une somme de 200 francs pour contribuer à l'érection d'un monument à Duchenne (de Boulogne), à la Salpêtrière.

— *La guerre aux spécialités médicales.* — Nous lisons dans *The medical Record* :

« A sa dernière réunion, l'Association médicale de l'Etat de Missouri a voté, à l'unanimité, les résolutions suivantes : « Attendu qu'il y a, dans les prescriptions et recommandations de spécialités médicales, un mal qui augmente sans cesse au grand détriment du praticien et du public et surtout de celui-ci ; que beaucoup de ces spécialités sont entrées dans la pratique courante ;

« Les membres de l'Association médicale de l'Etat de Missouri sont d'avis de condamner la pratique de certains médecins qui donnent des certificats constatant l'efficacité de l'emploi et les avan-

tages spéciaux des spécialités médicales et de tout ce qu'on peut ranger sous cette dénomination.

« Et, comme une seule personne, ils recommandent aux praticiens de cesser à l'avenir d'ordonner des spécialités,si c'est actuellement leur habitude ».

— *Un anesthésique Chinois.* — M. le Dr Lambuth, dans son rapport sur l'hôpital de Soochow, cite un cas d'opération dans lequel il avait employé la cocaïne pour extraire de l'œil un corps étranger. Un médecin chinois qui assistait à l'opération et y avait pris un vif intérêt, lui dit qu'on possédait en Chine un anesthésique de même puissance, dont la base est l'humeur de l'œil de grenouille. Incrédulité du docteur allemand, et offre du médecin chinois de prouver ses dires.

Peu après, le médecin chinois retournait à l'hôpital avec une substance achetée dans les boutiques de Soochow, qui ressemblait à de la cire, mais était moins onctueuse, plus sombre de couleur et demi-transparente. Il coupa en morceaux cette tablette et la mit macérer dans l'eau plusieurs heures avec une petite excroissance ligneuse. Au bout de 24 heures, l'anesthésique était prêt, le professeur allemand l'employait et constatait, à sa grande surprise, que cette substance était douée de propriétés supérieures à la cocaïne. Appliquée par exemple sur les lèvres et la langue, elle les endormait complètement, et un doigt laissé quelques minutes dans cette solution, pouvait être traversé par une épingle sans faire éprouver la moindre douleur au patient.

La base de l'anesthésique, le Dr Lambuth en convient, est dans l'humeur des yeux de grenouille ; mais la *Revue*, qui donne les détails précités,est malheureusement muette sur les moyens de préparer ce singulier succédané de la cocaïne.

(*Cosmos.*)

— *Anomalie des organes génitaux chez une femme. — Les avantages moraux d'un vagin double.* — Officier de santé, l'auteur examinait une femme de la ville ; mais, ayant introduit le spéculum, il n'arrivait pas à découvrir le col utérin, quoique son existence fût prouvée par deux grossesses. Voyant cet embarras, la patiente, une jeune Française spirituelle, dit, avec la plus grande nonchalance : « Vous ne remarquez pas que vous cherchez trop bas, Monsieur ! J'ai deux passages avec une seule entrée, et vous avez pris la mauvaise voie ; permettez....» Une légère manœuvre, et le col apparut nettement. Un examen plus soigneux montra qu'elle avait un vagin double divisé par une membrane mince et lâche, grâce à laquelle on pouvait à volonté introduire le spéculum dans un cul-de-sac ou sur le col. Après avoir insisté pour que son secret ne fût pas divulgué, elle expliqua, avec une franchise engageante, les avantages de ce nouvel arrangement : « Vous savez qu'il y a ici un étudiant qui m'adore : je lui réserve la bonne voie. Je ne permettrais à personne d'y pénétrer ; non, Monsieur, je me respecte trop pour le faire. Mais l'autre voie est au service de mes amis ; là, ils peuvent se divertir sans danger,autant qu'il leur plaît.

(*New-Orléans Méd. and Chir. Journal.*)

— *École dentaire pour les femmes* — Après avoir conquis le droit au bistouri et au stéthoscope, voici que les femmes affirment leur autorité à manier la clef de Garangeot.

Désireuses de ne pas se laisser devancer pendant trop longtemps par les Russes, les Suédoises viennent, sous la direction de Mlle Elena Lewin, récemment diplômée à l'école dentaire de Gothenbourg, d'ouvrir une école dentaire spécialement destinée aux femmes.

(*Journal de méd. de Paris.*)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3737. — M. le Dr Viciot, de Paris, présenté par M. le Dr Barbaud, de Paris.

N° 3738. — M. le Dr Lasserre, d'Ambès (Gironde), membre de l'Association des médecins de France.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le Dr Pichard, de Rémalard (Orne), membre du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Libraire-éditeur du **« Concours médical »**, la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

La *Société d'Éditions scientifiques*, établie sur les bases de la **Mutualité**, a pour principe de partager par moitié, entre les Auteurs et elle, *tout bénéfice* résultant de la vente des ouvrages.

1° La 25e et dernière livraison des **Sciences biologiques** (prix : **1** fr. **25** *franco* pour MM. les membres du *Concours médical*), intéressera particulièrement MM. les médecins praticiens. Elle contient, en effet, une remarquable étude, *dernier mot de l'hygiène et de la thérapeutique* sur le **Traitement du Diabète,** due à la plume élégante et autorisée d'un spécialiste en cette matière, M. le Dr Monin, secrétaire de la Société d'hygiène, chevalier de la Légion d'honneur, etc.

2° Contre **4** fr. **80**, net, *franco* (prix fort : **6** fr.), MM. les membres du *Concours médical* recevront le magnifique **Précis d'hygiène pratique** de MM. les docteurs Monin et Dubousquet-Laborderie. Rédigé suivant les derniers programmes et soigneusement mis au courant des doctrines les plus récentes, le **Précis d'hygiène** a sa place marquée dans la Bibliothèque de tout praticien soucieux d'être au courant des progrès de la science sanitaire, qui tient, dans les préoccupations du jour,une place si légitime et si étendue.

Vient de paraître :

Formules photographiques, par Abel Buguet. — *Société d'éditions scientifiques,* 4, *rue Antoine-Dubois, Paris.* — Prix : **2** fr. **50**, envoi *franco* contre un mandat.

Le photographe qui a triomphé des premières difficultés de l'apprentissage et sait déjà apprécier les qualités des images éprouve bientôt le besoin d'approprier à chaque cas particulier les préparations qu'il emploie.

Il a besoin aussi de connaître mieux les propriétés des objectifs photographiques et celles des sources lumineuses, ainsi que leur action sur les préparations sensibles.

Les **Formules photographiques** répondent à cette nécessité de tous les instants en débarrassant la mémoire d'une charge toujours pénible et devenue aujourd'hui écrasante, en raison de la multiplicité des opérations courantes.

C'est le manuel des *Développements, Renforcements, Réductions, Virages, Fixages*, etc., relatifs aux procédés classiques.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année N° 35 27 Août 1892

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Les accidents de dentition.

A la dernière séance de l'Académie de médecine, plusieurs membres, entr'autres MM. *Pamard*, d'Avignon, *Hérard*, *Le Roy de Méricourt*, *Charpentier*, se sont élevés avec véhémence contre les théories trop exclusives de M. Magitot et de M. A. Ollivier, sur les prétendus accidents de dentition chez les petits enfants. M. Pamard s'exprime en ces termes :

« 1° Tout travail de dentition s'accompagne d'un trouble de la santé de l'enfant ; il s'accuse très nettement sur la courbe du poids de cet enfant ;

2° Dans les climats froids et de même dans la saison froide, tout travail dentaire s'accompagne de phénomènes réflexes du côté des organes respiratoires. Dans les climats chauds et dans la saison chaude, tout travail dentaire s'accompagne de phénomènes réflexes du côté des organes digestifs. Ainsi, en hiver, coryza et bronchite ; en été, diarrhée et même choléra infantile.

Les mères, éclairées par l'expérience, sont les premières à réclamer l'ouverture de la gencive. Cette petite opération a souvent donné d'excellents résultats dans des cas de convulsions qui étaient manifestement liés à la dentition.

Pour ce qui est des convulsions, je suis moins affirmatif en ce qui concerne leur étiologie que pour les autres accidents ; j'admets qu'elles sont le plus souvent liées à la dentition, mais je crois aussi qu'à cette période de la vie il peut y en avoir qui soient dues à d'autres causes, mais je ne crois pas que l'hystérie puisse être alors invoquée.

Je n'en veux pour preuve que l'état florissant de la santé des enfants entre deux poussées dentaires, et cela malgré de légers écarts de régime, et, au contraire, leur état maladif au moment précis de la dentition, persistant malgré un régime des plus sévères.

D'ailleurs, s'il en était autrement, il ne serait pas possible d'expliquer la disparition subite des accidents à la suite de l'incision de la gencive, opération destinée à favoriser l'issue de la dent.

Ma conclusion sera donc : les maladies liées à la dentition, chez l'enfant, existent avec des caractères et une marche qui sont bien établis.

M. Hérard convient aussi qu'on a quelque peu exagéré la fréquence des accidents de la dentition, mais vouloir nier la réalité de ces accidents, c'est nier l'évidence.

Enfin, ajoute M. Constantin Paul, il est certain que l'éruption de toutes les dents ne provoque pas à un même degré les accidents de la dentition. Les incisives supérieures les provoquent plus souvent que les inférieures ; les canines sortent de l'alvéole sans inconvénients ; les petites molaires sont les plus difficiles à percer.

La protection de l'enfance et les résultats de la loi Roussel.

Le rapport extrêmement détaillé et intéressant lu par M. *Charpentier* à l'Académie, sur les bienfaits de la loi Roussel, se termine ainsi :

Parmi les *vœux* émis par tous les hommes qui s'occupent du service de la Protection de l'enfance, il en est un que l'on retrouve sans cesse et qui prime tous les autres.

1° C'est l'*extension de la Protection à tous les enfants placés en nourrice, quels qu'ils soient.* — Jusqu'à présent, en effet, les enfants placés en nourrice chez les parentes de la nourrice sur lieux (grand'mères, sœurs, tantes, cousines) ont échappé à la surveillance.

Il y a urgence à les y faire rentrer. C'est là une des imperfections de la loi Roussel, à laquelle il est facile de remédier.

Viennent ensuite :

2° Suppression radicale du biberon à tube. Au besoin, y parvenir par des peines répressives.

3° Défense absolue de placer des nourrissons chez des nourrices indigentes. Les nourrissons

placés dans ces conditions ne trouvent chez leurs nourrices, ni les conditions d'hygiène, ni même l'alimentation, indispensables à leur développement et à leur santé.

4° Assurer par tous les moyens possibles le salaire des nourrices, et prévenir ainsi l'abandon des enfants.

5° Exiger des maires que le médecin soit prévenu dans les vingt-quatre heures du placement des enfants.

6° Protéger les nourrices contre leurs nourrissons, comme ceux-ci sont protégés contre leurs nourrices.

7° Encourager autant que possible l'allaitement maternel, et en tout cas, l'allaitement au sein, de préférence à l'allaitement artificiel.

8° Rendre obligatoires la vaccination et la revaccination.

Doux grands faits ressortent avec évidence de tous les rapports : c'est, d'une part, le nombre énorme des enfants nourris au biberon, comparativement à ceux élevés au sein, et la mortalité incomparablement plus grande des premiers, et d'une autre part, la quantité considérable d'enfants qui sont placés en nourrice sans être vaccinés.

Aujourd'hui, avec les services vaccinaux qui sont établis un peu partout, il est facile de remédier à cette dernière lacune. Il n'en est malheureusement pas de même de la première.

Enfin il est un dernier point sur lequel il faut appeler l'attention et celle des pouvoirs publics. C'est :

1° Qu'il est encore un certain nombre de départements où la loi Roussel n'est pas appliquée.

2° Que sur l'ensemble de nos départements, 69 seulement *ont accepté complètement l'assimilation des enfants moralement abandonnés* aux enfants assistés.

Que 10 d'entre eux *ont ajourné* toute décision à cet égard.

Que 8 enfin, *ont refusé* ou *semblent avoir refusé* cette assimilation.

La loi Roussel présente en somme quelques imperfections faciles à faire disparaître ; mais, même telle qu'elle est, les résultats qu'on a obtenus, grâce à elle, prouvent qu'elle est incontestablement un bienfait pour l'enfance de notre pays.

Influence du vélocipède sur quelques fonctions organiques.

M. le Dr *Th. Tissié* (do Bordeaux) a récemment présenté à la Société de Biologie une note relative à l'action du vélocipède sur les principales fonctions. Vélocipédiste lui-même depuis longtemps, il a aussi ouvert des enquêtes auprès de ses confrères et a pu recueillir un grand nombre d'observations.

Au point de vue de la respiration, le vélocipède est un excellent exercice, à la condition d'être modéré ; en pays de plaine, la vitesse ne doit pas dépasser 18 à 20 kilomètres à l'heure, pour les gens entraînés, et 12 à 15 dans le cas contraire. Les enfants ne doivent commencer à faire du vélocipède que vers 12 à 13 ans ; de 12 à 16 ans, le maximum de vitesse doit être 15 kilomètres. Autant que possible, on respirera par le nez, l'inspiration buccale devient cependant inévitable au moment de l'essoufflement. Il arrive que la prise d'air par le nez, ce dernier étant supposé sain, est réduite, chez les vélocipédistes, par suite de la vitesse acquise. En effet, les couches d'air déposées successivement forment un tampon élastique sur les ailes du nez et à l'ouverture nasale. Pour permettre à l'air de pénétrer librement, le Dr Schmitt (de Francfort-sur-le-Mein) a inventé un dilatateur du nez. Cet instrument est fait d'une petite tige d'acier nickelé terminée en U, dont les branches sont repliées sur elles-mêmes ; leur sommet est terminé par une petite boule. Le dilatateur s'introduit dans le nez en faisant passer la cloison dans l'écartement des deux tiges montantes, un léger mouvement de bascule appliquant la base de l'U à la naissance de la cloison nasale contre le nez et la partie supérieure de la lèvre.

M. Tissié a recueilli des observations qui montrent que l'exercice du vélocipède, en activant l'hématose, développe la capacité vitale. Il se fait une sorte de gavage aérien, et c'est cela même qui contre-indique l'exercice avant 12 ou 13 ans.

Le vélocipède active la circulation. Il devra être interdit aux cardiaques ayant dépassé la période de compensation. Avant, ils peuvent s'en servir, à condition de ne jamais aller jusqu'à l'essoufflement.

Les bruits de souffle anémiques disparaissent par l'exercice du vélocipède, qui est un excellent adjuvant du traitement de cette maladie, aussi bien que de la chlorose, de la scrofulose, etc.

La fabrication des nouvelles machines permet à la femme de faire du vélocipède sans avoir à redouter aucun accident, si la selle est bonne. Elle doit être légèrement élastique. La position : celle d'une personne assise sur une chaise, les bras légèrement allongés, le buste droit, la jambe déployée complètement quand la pédale arrive au point mort et à angle droit quand elle arrive au point opposé. Le bec de la selle doit être supprimé, la station doit être large. La femme ne doit pas faire de course en vitesse, elle ne doit marcher qu'à une allure de 12 à 15 kilom. à l'heure. Un costume spécial, sans corset, autant que possible, avec pantalon à la zouave et jupe courte, faite de laine ou de jersey, est ce qu'il y a de mieux.

La digestion est activée par l'usage du vélocipède, qui combat avec succès la goutte, l'arthritisme, le rhumatisme, l'obésité, etc. En général, c'est un adjuvant sérieux dans les maladies par ralentissement de la nutrition.

L'exercice modéré du vélocipède est un excellent sédatif du système nerveux, surtout pour les personnes qui se livrent à un travail cérébral exagéré. Le tricycle peut être utilisé chez les hémiplégiques. Comme accident, il faut signaler une paralysie, passagère d'ailleurs, des 2 mains, précédée et suivie de fourmillements, d'anesthésie ou d'hyperesthésie. Cette modification de la sensibilité et du mouvement dure de 8 jours à 3 semaines : elle est surtout localisée dans toute la région innervée par le cubital. L'anesthésie est en forme de dé au bout des annulaires et des auriculaires.

Les fourmillements peuvent remonter jusque dans les bras. Cependant, l'affection n'est pas grave ; la sensibilité est la dernière à revenir. Cette névrite du cubital est due : 1° à l'extension du nerf par la flexion prolongée des bras ; 2° à la pression de la région hypothénar sur le gui-

don, les mains ayant une tendance à se placer en adduction ; 3° aux trépidations de la machine.

L'usage immodéré du vélocipède peut allonger le pied. Quelquefois, il y a des douleurs dans les tendons de la patte d'oie ; mais elles passent rapidement par le repos. Avec les machines à caoutchouc pneumatique, la fatigue se répartit également dans tout le corps ; avec les machines à caoutchouc plein, elle se localise aux articulations des pieds et des genoux.

On a présenté à l'Académie deux cas d'arthrite médio-tarsienne, que l'on a attribués à l'usage du vélocipède.

Ces deux cas sont uniques, et, pour M. Labbé, on ne saurait incriminer l'instrument. Au contraire, le vélocipède peut être conseillé dans tous les cas d'arthrite provoquée par une maladie de la nutrition.

Enfin, il ne faut pas faire brusquement des courses prolongées ; l'entraînement doit toujours être progressif, afin d'éviter le surmenage.

M. le Dr Lagrange, dans un livre sur l'exercice chez les adultes, insiste aussi sur certains avantages du vélocipède, qui mobilise, bien mieux que ne le fait la marche, les articulations du genou, de la hanche et du pied. De plus, l'engin provoque des mouvements passifs du membre inférieur, par suite du déplacement que la vitesse acquise de la roue imprime à la pédale.

M. le Pr Bouchard a pu guérir un malade d'une anémie à forme pernicieuse, grâce à l'exercice du vélocipède, et cependant, au début, il fallait le hisser et le soutenir sur l'instrument.

En somme, l'exercice du vélocipède est une des formes les plus utiles du sport, et, du reste, son usage s'est assez répandu en France pour qu'il n'y ait pas lieu d'insister davantage sur ce point.

(*Union médicale.*)

Traitement du pied bot varus équin.

D'après M. *J. Walsham*, de Londres, tous les chirurgiens sont d'accord pour reconnaître que la ténotomie ne suffit pas toujours pour assurer la guérison des cas qui n'ont jamais été traités, ou de ceux qui ont récidivé après une première opération. L'accord est moins parfait lorsqu'il s'agit de reconnaître qu'il existe, chez les enfants, des variétés de pied bot exigeant absolument que l'intervention chirurgicale porte sur les parties osseuses de la région. Il divise les cas graves de pied bot en deux catégories : 1° pieds bots chez les enfants en bas âge ; 2° récidives de pied bot chez les enfants plus âgés.

En ce qui concerne le traitement du premier groupe, aucune méthode de traitement ne donne de meilleurs résultats que l'immobilisation au moyen de l'attelle plâtrée. On commence le traitement aussitôt après la naissance de l'enfant. Après avoir divisé le tendon d'Achille, on ramène le pied dans sa position normale par la méthode de rectification immédiate. Rarement il est nécessaire de sectionner les tendons des muscles tibiaux, qui ne jouent ordinairement qu'un faible rôle dans la production de cette difformité. Toutefois, si ces tendons résistent, il faut les sectionner sans hésiter.

C'est le plâtre de Paris qui est le meilleur pour l'immobilisation. Outre qu'il est bon marché, il permet de confectionner des appareils qui tiennent bien et qui exercent une compression uniforme. Quel que soit l'appareil employé, il ne faut pas trop se hâter de redresser la difformité, car on se trouve en présence non seulement de rétractions aponévrotiques, tendineuses et ligamenteuses, mais encore d'altérations osseuses profondes.

Il en est de même dans les cas de récidive, ou plutôt de non-guérison du pied bot. Si l'on ramène les os trop vite dans leur position normale, on sépare les surfaces articulaires, qui conservent leur déviation.

Si l'on maintient une pression constante sur les os, les facettes articulaires se modifient et tendent à s'accommoder à leur nouvelle situation. De là l'indication de commencer le traitement le plus tôt possible, car le tissu osseux est d'autant plus susceptible d'activité plastique que l'enfant est plus jeune.

M. *J. Ewens* (de Bristol) recommande la tarsectomie. Cette méthode lui a donné de très bons résultats.

M. *E. Luke Freer* (de Birmingham), tout en admettant qu'il y a des cas de pied bot nécessitant l'ostéotomie, dit qu'il n'est guère possible de se prononcer à ce sujet dès la naissance de l'enfant. Lorsque la tarsectomie s'impose, l'astragalotomie donne un pied plus mobile et plus utilisable.

D'après M. *Keetley*, de Londres, il faut distinguer nettement d'avec le pied bot, d'origine paralytique, le pied bot congénital. Cette dernière variété, si elle est de quelque durée, ne peut guérir sans l'ostéotomie. La tarsectomie procure une amélioration marquée, mais elle ne lui a jamais donné de résultat entièrement satisfaisant. Toutefois, on a raison d'éviter, autant que possible, de toucher à cette articulation. Quel que soit le mode de traitement adopté, il faut sectionner le tendon d'Achille au plus tôt, car son action ne peut que retarder l'effet du traitement par la méthode des mouvements passifs.

Intoxication mercurielle aiguë mortelle provoquée par une friction avec l'onguent napolitain.

M. le Dr *Sackur* rapporte le fait suivant :

Une domestique, âgée de vingt ans, fortement anémique, et qui avait de nombreuses crevasses aux mains, fut prise d'un commencement de phlegmon à l'avant-bras. Elle consulta un médecin qui pratiqua sur les crevasses du membre malade une friction avec environ 5 grammes d'onguent napolitain (moyen grâce auquel il avait lui-même réussi autrefois à faire avorter un phlegmon dont il était atteint, et qui était également dû à des fissures de la main). Aussitôt l'état de la malade s'aggrava, et l'on vit apparaître chez elle successivement tous les symptômes d'une intoxication mercurielle aiguë (hypothermie, vomissements sanglants, albuminurie, puis anurie, diarrhée dysentérique, salivation, gangrène des gencives et de la langue), à laquelle la malade succomba au bout de cinq jours. L'autopsie confirma le diagnostic d'intoxication hydrargyrique.

Cette observation montre combien il faut être prudent avec les frictions mercurielles dans les cas où il existe sur la peau des écorchures et des crevasses, et cela d'autant plus que, comme dans l'observation de l'auteur, on peut se trouver faci-

lement en présence d'une idiosyncrasie dans laquelle une très faible dose de mercure suffit pour provoquer l'intoxication mercurielle ; l'anémie paraît jouer un rôle important. (*Berl. klin. Wochensch.*)

La pleurésie dans l'artério-sclérose.

M. le Dr *Muller* a étudié les diverses modalités sous lesquelles pouvait se présenter la pleurésie chez les artério-scléreux, et a montré dans sa thèse qu'à côté des formes banales que l'on pouvait observer chez eux, il y avait certaines particularités à signaler.

Tout d'abord on rencontre assez souvent dans ces cas la pleurésie dite franche, qui évolue en six semaines environ, d'une manière régulière ; elle guérit assez facilement, avec ou sans thoracentèse ; mais la convalescence est marquée par la production d'adhérences pleurales fortes : il en résulte une sensation de gêne, de névralgie diffuse, et une rétraction du thorax assez forte pour qu'on puisse l'observer même chez des individus âgés dont les cartilages sont certainement plus ou moins calcifiés. Les épaississements qui se produisent alors sont dus, comme l'a démontré M. Pilliet, à une lésion sous-endothéliale, à une véritable sclérose du tissu propre de la plèvre développée autour des vaisseaux propres de la séreuse et non de ceux des fausses membranes.

A côté de cette forme régulière et aiguë, on rencontre plus fréquemment chez les artério-scléreux des pleurésies traînantes, presqu'apyrétiques avec épanchements chroniques d'emblée. Rien dans le poumon n'indique l'existence d'une lésion ayant pu déterminer une inflammation de voisinage ; et dans ces cas on croit volontiers à une altération particulière de la séreuse due à l'artério-sclérose. Ces pleurésies qui se rencontrent habituellement chez des vieillards, sont d'un pronostic sérieux, car elles n'ont aucune tendance à se résorber, en raison même de l'état fibreux de la plèvre dont les voies absorbantes sont oblitérées. Aussi retentissent-elles bientôt et sur le poumon et sur le cœur qui eux-mêmes sont altérés chez les artério-scléreux. On voit alors ces épanchements qui au début ne constituaient presque qu'une incommodité, s'accompagner par degrés d'anhélation plus grande et d'œdème plus étendu, et amener la mort avec l'ensemble des symptômes habituels qui accompagnent la dilatation du cœur droit.

Une autre variété de pleurésies séro-fibrineuses se rencontre communément chez les artério-scléreux : ce sont celles qui tiennent aux cardiopathies artérielles et qui provoquent généralement des infarctus hémoptoïques sous-pleuraux et celles qui se montrent à la phase urémique des néphrites artérielles.

Le pronostic de ces pleurésies ne peut être posé d'une façon générale et varie essentiellement d'un cas à un autre.

(*Journal de Médecine et Chirurgie pratiques*).

La cystite calculeuse.

Dans une récente leçon, le professeur *Guyon* résume ainsi les principaux traits de l'histoire de la cystite des calculeux :

Nous savons tous aujourd'hui que la cystite est une infection de la vessie. C'est là un fait indéniable.

Il nous faut donc chercher : 1° dans quelles conditions la vessie est infectée chez les calculeux ; 2° ce que devient la vessie atteinte de cystite.

Pour résoudre la première question, il faut se demander d'abord si la cystite a précédé la formation du calcul. C'est là un fait frappant, surtout s'il s'agit de calculs phosphatiques toujours de formation secondaire. De plus, une pierre peut se développer dans une vessie atteinte de cystite une fois, deux fois, et même davantage. Les récidives sont fréquentes. Dans ces cas on est amené à se poser cette question : La cystite est-elle inséparable de la présence d'un calcul dans la vessie ?

Pendant longtemps on a prétendu qu'elle était inséparable. Le calcul peut, d'après la plupart des chirurgiens, provoquer, par sa présence même, la cystite. Nous ne partageons pas cette opinion. Le calcul, en effet, n'a pas toutes les qualités nécessaires pour déterminer la cystite. Il peut, par sa présence, provoquer très souvent dans les cas de calcul urique, c'est-à-dire de formation primitive, une irritation vésicale excessive.

Mais ces phénomènes douloureux disparaissent quand le malade est au repos. Les malades sont guéris le matin et le soir ils retombent.

Cependant on ne peut noter des accès très douloureux, alors qu'il n'y a pas de cystite. Si le calcul, en effet, n'a pas tout ce qu'il faut pour déterminer la cystite, il remplit certaines modifications : par le contact prolongé, il se produit une vascularisation plus intense, une congestion notable de la vessie. Par cette excitation toute physiologique, les besoins d'uriner, deviennent plus fréquents, plus douloureux. Les hématuries surviennent alors par ce mécanisme et chez les individus atteints de calculs et chez les malades atteints de néoplasme. C'est là une règle importante à se rappeler que les hématuries surviennent toujours après une série de mouvements du malade et qu'elles cessent avec le repos.

Cependant certains malades ont de l'hématurie alors qu'ils n'ont fait aucun mouvement. Dans ces cas, il s'est établi assurément une vascularisation plus complète, favorisant ainsi l'hématurie. Ces hématuries peuvent même être plus considérables et persistantes ; c'est ce que l'on voit chez les néoplasiques.

La réceptivité est déjà faite chez les calculeux pour la cystite. La vessie est préparée pour l'infection. Un cathétérisme septique fait éclore cette infection. C'est un fait très important que cette influence du cathétérisme fait sans les règles de l'asepsie.

Le calcul, en effet, ne détermine pas d'inflammation aussi bien dans le rein que dans la vessie. Il ne fait que préparer ces organes à l'infection. Le calcul se développe en quelque sorte d'une façon aseptique.

La cystite permanente chez les calculeux âgés et prostatiques tient constamment en tonus la musculature des parois et de ce fait, empêche la rétention.

La suppression du calcul par l'acte opératoire pourra donc amener de la rétention par suppression brusque de l'excitant musculaire. Mais cet accident sera facilement conjuré.

D'autre part, les cystites chroniques, par les sécrétions qu'elles produisent, peuvent favoriser

la formation de calculs principalement phosphatiques.

La conséquence thérapeutique est la suivante : Le chirurgien, devant un malade atteint de cystite calculeuse ne doit pas hésiter à faire une opération, parce que le malade a un calcul et, parce qu'il a une cystite.

Il se trouve parfois que la sensibilité de la vessie est considérablement exagérée. Le calcul est emprisonné par les contractions de la paroi vésicale. Ce n'est pas là une contre-indication, c'est simplement une difficulté que le chirurgien doit savoir surmonter.

Cette cystite des calculeux aura-t-elle de l'influence sur les actes opératoires? Y aura-t-il des dangers post-opératoires à redouter ? Aucunement. Grâce aux antiseptiques, ces interventions chirurgicales ne donnent pas plus que les autres, lieu à des accidents.

Il ne faut jamais oublier de plus cette règle absolue : On doit guérir la cystite complètement et sans perdre de temps :

1° Par le traitement local de la cystite ;

2° En enlevant jusqu'au plus petit fragment de calcul. Aussi la vérification est-elle nécessaire chez les malades en état de cystite.

La cystite cesse à mesure que la quantité des fragments disparaît. Les observations en font foi. Grâce à l'opération merveilleuse de Bigelau (lithotritie rapide), on arrive à ce résultat.

Traitement des cystites par le sublimé.

M. le professeur *Guyon* a appliqué le traitement par les lavages de sublimé à des cystites de diverses origines, notamment dans un cas de cystite pseudo-membraneuse. Dans les cystites tuberculeuses, on a presque toujours constaté une notable amélioration. Le sublimé, en effet, possède une action préservatrice puissante contre les microbes de l'air, un pouvoir antiseptique plus faible sur les cultures de microbes urinaires et sur les cultures de microbes pyogènes vulgaires; quant à son pouvoir désinfectant sur les urines purulentes, il est faible et il n'agit sur elles qu'à doses considérables. Cependant si l'on compare les propriétés du nitrate d'argent à celles du sublimé, tout l'avantage est en faveur de ce dernier.

Il ne faut pas, dans le traitement local de la paroi vésicale, chercher à agir sur l'urine purulente, puisque seules les doses élevées peuvent donner des résultats. Aussi doit-on substituer les petites quantités aux grandes, les instillations aux lavages; car, outre que ces derniers n'ont qu'une action momentanée, la mise en tension des parois de la vessie augmente leur sensibilité, à l'état normal comme à l'état pathologique.

La dose maniable pour le sublimé varie de 1 pour 5.000 à 1 pour 1.000. Le 5.000e n'est qu'une dose de début, toujours bien supportée, si la médication est bien conduite. L'eau bouillie et filtrée doit être, bien entendu, le véhicule de choix, et les solutions doivent être faites sans alcool. L'instillation sera pratiquée suivant le procédé ordinaire : les premières cependant ne devront pas dépasser 20 à 30 gouttes, mais on arrivera presque toujours à pouvoir laisser dans la vessie tout le contenu de la seringue, c'est-à-dire 4 grammes environ. Il est des cas où cette dose sera mal tolérée; la règle doit être la suivante : plus la douleur est vive, plus l'injection doit être modérée. On peut avec le nitrate d'argent, élever la dose plus rapidement. Avec le sublimé, la dose de 1 pour 1.000 est plus difficile à atteindre : c'est cependant une dose maniable.

Pour que l'instillation ait tout son effet, il faut que la vessie soit vide : on doit donc prendre la précaution de faire uriner le malade, et si l'on conservait des doutes à l'égard de la vacuité de la vessie, on n'hésiterait pas à sonder le patient, et cela d'autant mieux que l'on peut se servir de la sonde pour faire pénétrer l'instillation. On pourrait d'ailleurs, pour plus de précision, remplacer la sonde par une bougie olivaire perforée.

Il peut se faire que l'évacuation complète de la vessie soit rendue difficile par une sécrétion vésicale abondante et glaireuse. Dans ce cas, on fera des lavages préalables, à moins que la sensibilité de la vessie ne s'y oppose ; il faudrait alors attendre que les instillations aient rendu la douleur moins vive. Il ne faut pas, d'ailleurs, proscrire les lavages, qui peuvent rendre de si grands services.

Un procédé de conservation aseptique des sondes et bougies uréthrales en caoutchouc vulcanisé et en gomme élastique.

Signalons le procédé suivant employé par M. *Lannelongue* (de Bordeaux). Il conserve les sondes et les bougies dans des éprouvettes munies de couvercles et au fond desquelles sont placées des rondelles de flanelle mercurielle. Il est facile de s'assurer (à l'aide du papier réactif à l'azotate d'argent ammoniacal) que les vapeurs mercurielles arrivent jusqu'à la partie supérieure de l'éprouvette et pénètrent même sous le couvercle. D'autre part, l'examen bactériologique montre que les instruments tenus dans cette atmosphère de vapeurs mercurielles restent indéfiniment stériles, c'est-à-dire aseptiques.

Pour graisser les bougies et les sondes, M. Lannelongue emploie l'huile d'olive préalablement stérilisée et conservée dans des vases renfermant au fond un peu de mercure métallique. Les vases destinés à cet usage sont de petits pots en verre munis d'un pas de vis, préalablement stérilisés et pouvant être hermétiquement clos par un bouchon métallique. La hauteur du liquide dans ces récipients ne s'élève jamais à plus de 7 centimètres au-dessus de la couche de mercure. Le mercure pénètre à l'état de vapeurs diffusées dans l'huile d'olive et maintient celle-ci aseptique.

Depuis qu'il se sert exclusivement de cette méthode pour l'asepsie des sondes et des bougies en gomme élastique et en caoutchouc, M. Lannelongue n'a plus jamais observé d'accidents infectieux, ni la moindre irritation à la suite du cathétérisme. Pour ce qui concerne en particulier l'huile stérilisée imprégnée de vapeurs de mercure, il en a généralisé l'emploi à tous les cas où les instruments de chirurgie doivent être enduits d'un corps gras.

Ce procédé présente, croyons-nous, quelques inconvénients, entre autres celui d'exiger des précautions spéciales afin d'éloigner du bocal aux sondes tous ces instruments métalliques, qui seraient détériorés par les vapeurs. Nous employons simplement l'immersion continue des sondes dans l'eau phéniquée au 40e ou dans l'eau naphtolée saturée, ou encore dans l'eau solvéolée à 2 %.

L'huile phéniquée ou la vaseline solvéolée convient très bien pour graisser les sondes.

Des injections de succinimide de mercure contre la syphilis.

Dans une thèse récente, le Dr *Lucien Arnaud* préconise les injections de succinimide mercurique dans le traitement de la syphilis.

La solution à employer doit contenir 20 centigrammes de succinimide pour 100 grammes d'eau distillée; on injecte 1 gramme par jour de la solution.

Il faut employer exclusivement la succinimide obtenue en faisant réagir le gaz ammoniac pur et sec sur l'anhydride succinique : la succinimide préparée par la distillation seule du succinate d'ammoniaque est mal supportée et donne des accidents.

La succinimide ne donne ni abcès, ni inflammation, ni douleur.

Elle est remarquable en ce qu'elle ne détermine pas de stomatite, contrairement aux autres sels mercuriques.

Cette innocuité est un fait à opposer aux accidents graves, possibles avec les sels insolubles.

La succinimide surpasse les sels solubles par la fixité de sa solution.

Il vaut mieux — sauf en des cas spéciaux — ne pas laisser au malade la charge de se faire son injection, quitte à le faire revenir plus souvent. D'ailleurs, il a ainsi traité plusieurs personnes et elles acceptaient fort bien ce déplacement journalier, dans l'espoir d'être plus rapidement guéries.

Comme il a été constaté qu'après l'injection sous-cutanée l'absorption s'opère très rapidement et avec abondance, comme il est prouvé d'autre part qu'elle est plus lente et relativement faible après l'administration de pilules mercurielles quelconques, on devra, s'il s'agit de provoquer un effet rapide et puissant du mercure, avoir recours non pas aux pilules, mais aux injections sous-cutanées.

Toutes les fois que, le principe de l'injection étant adopté, on aura des raisons de rejeter les sels insolubles, soit qu'on en craigne les dangers possibles, soit que les reins du malade soient défectueux, on aura à choisir parmi les sels solubles.

Le plus actif, le moins douloureux, le meilleur est, à son avis, la succinimide mercurique.

Traitement des abcès tuberculeux.

C'est principalement depuis quelques années que les chirurgiens ont étudié et choisi le traitement des divers abcès, et principalement de cette forme spéciale d'abcès chroniques, qui sont sous la dépendance d'une lésion tuberculeuse. Pendant longtemps, la seule règle du traitement des collections purulentes fut renfermée dans cet adage : « *Ubi pus, ibi evacua.* » On se contentait de faire, le plus tard possible, la plus petite incision possible. Peu importait le point choisi. Comme on ne prenait aucune précaution antiseptique, il en résultait une plaie malpropre et des clapiers purulents. Les malades qui avaient de grands abcès n'échappaient guère à la mort. L'introduction des principes de drainage et de désinfection des plaies opéra une véritable révolution. L'incision large ne permet plus au pus de séjourner et le traitement antisoptique donne d'excellents résultats.

C'est surtout du traitement des abcès tuberculeux de la région vertébrale et de la région du psoas que s'occupe M. Fr. *Treves*, qui recommande la technique suivante :

On incise l'abcès au point le plus favorable et, de préférence, quand cela est possible, au point le plus proéminent. On peut de cette façon accéder à toutes les parties de l'abcès, jusqu'en ses dernières cavités. On le sondera de tous côtés et on évacuera le pus. La cavité abcédée sera ensuite lavée avec une solution de sublimé à 1 pour 5,000; le meilleur moyen pour pratiquer l'irrigation est d'employer un laveur de la plus grande dimension, suspendu à une hauteur de trois ou quatre mètres. On doit faire passer plusieurs litres de la solution. Quand le liquide revient clair, on introduit le doigt dans la cavité et l'on détache les matières caséeuses à demi solides qui existent toujours en si grande abondance dans les abcès froids, et qui, n'étant pas toujours détachées par le jet de liquide, le seront avec facilité par ce moyen. On lave de nouveau la cavité avec la même solution. La paroi interne de l'abcès est ensuite grattée avec le plus grand soin et aussi profondément que possible avec la curette de Volkmann, jusqu'à ce que toute l'étendue en ait été mise à nu, et en s'interrompant de temps en temps pour pratiquer des lavages. La cavité de l'abcès, pour peu qu'elle soit un peu volumineuse, sera bourrée d'éponges, qui ont le grand avantage d'absorber le pus aussitôt qu'il se reproduit et grâce auxquelles on peut facilement détacher les membranes caséeuses qui se sont reformées quand on fait le pansement. Si cette cavité est petite, on remplacera l'éponge par des mèches de gaze aseptique, mais jamais par des drains. On n'introduit pas d'antiseptiques dans la plaie, mais seulement des corps rigoureusement aseptiques.

Comme on le voit, cette technique n'a rien de bien nouveau. Le point sur lequel insiste le plus M. Trèves, c'est le soin minutieux avec lequel doit être pratiquée l'opération. On ne doit pas se contenter d'évacuer le pus, ni de faire un grattage sommaire. Il ne doit rien rester de purulent dans la cavité, la curette doit passer partout, et l'on doit encore apporter plus d'attention dans le curage des abcès profonds si l'on veut avoir des résultats satisfaisants. L'opération demande un temps assez long pour être bien faite. On doit mettre au moins une heure pour un abcès d'assez grande étendue. M. Trèves rapporte un certain nombre de cas d'abcès des régions fémorales, iliaques et vertébrales qui ont tous guéri par ce procédé.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'occlusion intestinale.

L'occlusion intestinale n'est pas une maladie, mais un ensemble de symptômes dus à des causes diverses, et résultant d'un obstacle au cours des matières fécales, obstacle non constitué par un orifice des parois abdominales.

Etiologie. — Ces causes, de nature très différente, ont été classées diversement d'après les auteurs. Nous adoptons la classification de

CORRESPONDANCE
(*Suite*)

mentation de la cotisation, on eût obtenu aisément cette augmentation. Voyez combien sera grand l'embarras des bureaux des Société locales. Voulez-vous la création de la caisse d'indemnité de maladie, diront-ils ? oui, répondra-t-on, mais laquelle : celle de droit, ou d'assistance : déjà des divergences. Voulez-vous développer cette caisse d'indemnité, en sacrifiant l'accroissement des pensions viagères ? Nouvelles divergences ! Si les questions se précisent, les oppositions se préciseront. Comment alors penser que les réponses seront unanimes et, nous dit-on, une seule opposition suffira à empêcher l'œuvre.

Il eût mieux valu dire simplement : avec les ressources et la cotisation actuelles, nous pouvons créer une œuvre d'indemnité. Nous ne vous demandons, cette année, que de continuer vos versements à la caisse centrale ; de les accroître si vous le pouvez et l'année prochaine, en Assemblée, nous vous présenterons des statuts et des résultats qui nous permettront de vous poser, nettement, la question d'augmentation de la cotisation statutaire. Nous ne préjugeons rien ; mais nous persistons à croire que mieux vaut encore échouer cette année et porter les efforts de l'Association et ceux des syndicats du côté d'une modification des statuts de l'Association qui permettrait la création de l'*indemnité de droit*, pour ceux qui la voudront, complétée par une caisse d'indemnité d'Assistance confraternelle, pour ceux qui ne pourront participer à la première.

Dr A., à A. — Vous reconnaissez que, pour les intérêts généraux de la profession, de même que pour ceux de chacun des membres de notre société, nous avons fait depuis 14 ans, ce que personne n'avait, pour bien des raisons, pu tenter avant notre organisation en société. Pourquoi, alors, ne pas imiter l'exemple des deux formes de *Concours* auxquelles nous tenons le plus ! Nous écrire les desiderata des médecins de votre région et les vôtres ; nous entretenir des intérêts professionnels que vous voudriez voir sauvegarder ; et, en second lieu, procurer des adhérents à notre société parmi vos amis. Vous accroissez ainsi votre

SERVICE DES NOURRICES SUR LIEUX

Quand on désire, dans le but de rendre service à une nourrice, lui procurer une nourriture sur lieux, dans la famille d'un nourrisson, il suffit de remplir un des bulletins que nous envoyons dans ce but et de l'adresser à l'Administrateur du *Concours médical*, 23, rue de Dunkerque. (Lui en réclamer, si on n'en possède pas.) Ce bulletin rempli, la nourrice doit se procurer : 1° Un certificat médical que délivre le médecin-inspecteur des enfants en bas âge, constatant son aptitude comme nourrice ; 2° un certificat du maire de sa commune que lui délivre le secrétaire de la mairie. Alors elle attend d'être avisée par Madame Monod qu'elle peut partir. Dès son arrivée, Madame Monod, directrice du service de placement de nourrices du *Concours médical*, rue Pascal, 13, après avoir rempli les formalités administratives, s'occupe de lui trouver une famille. Mais la postulante peut attendre plusieurs jours, avant d'être placée ; car cette éventualité dépend de sa physionomie, de ses aptitudes nourricières et aussi des caprices des familles. Ces délais sont dans la nature des choses.

En ce qui concerne les **nourrissons au sein à emporter** *en province et les* **nourrissons au biberon**, *nous avons dit, à bien des reprises, depuis plusieurs années, que nous avions renoncé à ce* **service** *qui a présenté trop de difficultés lorsque nous l'avons pratiqué pendant deux années.* **Donc ne pas remplir de bulletins en vue de nourrisson au sein à emporter,** *et* **nourrisson au biberon.**

capital inaliénable et vous nous procurez la force considérable du nombre. Les membres des syndicats sont particulièrement préparés à devenir membres du Concours, qui, lui, n'est qu'un syndicat général des médecins de toute la France. Il faut arriver à doubler le nombre de nos adhérents et ce serait si facile si chacun le voulait un peu !

Dr Q., à S. (Côte-d'Or). — Nous avions prévenu votre désir, au reportage du numéro 32. D'ailleurs il faut être réservé dans l'emploi de la méthode Brown-Séquard et attendre encore la confirmation de sa valeur, si cette confirmation doit se produire ; tous les procédés employés prêtent au ridicule et à la critique.

Membres du Concours exerçant dans les stations thermales.

Ax (Ariège).
Dresch.
Bagnères-de-Luchon.
P. Ferras.
Bains (Vosges.)
Pommageot.
Bondonneau (Drôme).
Cazenave de la Roche.
Bouqueron-les-Eaux (Isère).
Gaillard.
Bourbon-Lancy.
Goëde.
Cauterets.
Duhourcau. — Miquel-Dalton. — Pedebidou. — Bordenave.
Capvern-les-Bains.
Claverie.
Challes (Savoie).
G. Petiau.
Contrexéville
Debout d'Estrées.
Eaux-Bonnes.
Le Riche.
Enghien-les-Bains.
Callias.
Evian-les-Bains.
Rocque. — Dumur.
Gérardmer.
Greuell.
La Bourboule.
Meneau. — Nicolas. — Noir. — Olivier. — Veyrières.
Lamalou-l'Ancien.
Donadieu.
Luxeuil
Barbaud. — Viciot.
Mont-Dore.
Geay. — Tardieu.
Motte-les-Bains (Isère).
De Langenhagen.
Néris-les-Bains.
Morice. — Allot.
Pougues-les-Eaux.
Mignot.
Royat.
Puy-le-Blanc.
St-Honoré-les-Bains.
Marius Odin. — Comoy.
Salles-de-Béarn.
Vigneau.
Salins.
Bourny. — Compagnon.
St-Sauveur.
Sabail.
Ussat-les-Bains.
Cenac.
Vals.
Lagarde.
Vichy.
Aurillac. — Charnaux. — Fournier. — Frémont. — Grellety. — Navault. — Therre. — Veillon.

M. Tuffier (1), dont l'ordre et la simplicité nous semblent devoir le mieux satisfaire l'esprit. Il range ces causes en trois catégories, d'après leur origine :

1° Causes extérieures à l'intestin, par compression ;

2° causes pariétales ;

3° causes intra-intestinales ;

I. Les causes extérieures sont de deux sortes : ou bien ce sont des *tumeurs* d'organes voisins, qui agissent par compression large, ou bien l'occlusion a lieu par une espèce d'étranglement sur des *brides* naturelles ou accidentelles.

Toutes les *tumeurs* intra-abdominales peuvent comprimer l'intestin et amener une occlusion ; mais ce sont surtout les tumeurs des organes génitaux, kystes de l'ovaire, et fibromes utérins, pendant qu'ils se trouvent encore dans le petit bassin ; l'utérus en rétroversion, une hématocèle rétro-utérine, un kyste hydatique du foie, une tumeur prostatique, un anévrysme de l'aorte abdominale, etc., ont été l'origine d'occlusion intestinale. Dans ces cas, l'occlusion se fait en général lentement.

Les *brides naturelles* sur lesquelles l'intestin s'est parfois étranglé, dans l'intérieur de l'abdomen, donnent lieu à de véritables hernies internes, hernie rétro-péritonéale de Treitz dans l'hiatus de Winslow, hernie diaphragmatique, hernie iliaque, hernie antévésicale, hernie du ligament large.

Comme *brides accidentelles*, on a signalé des hernies à travers des orifices épiploïques, dans un orifice formé par l'iléon, le cæcum et l'appendice adhérents.

II. Dans les causes pariétales, avant toutes les autres, il convient de donner la première place à l'*invagination*.

Elle est en effet très fréquente, puisqu'elle se rencontre dans un peu plus du tiers des cas d'occlusion intestinale. C'est chez les enfants qu'on la trouve le plus souvent. Elle porte sur le côlon, le cæcum et l'iléon huit fois sur dix ; on a même vu l'iléon invaginé dans le côlon venir jusqu'à l'anus. L'invagination suit généralement le cours des matières, c'est-à-dire que l'anse invaginée est supérieure à l'anse invaginante ; celle-ci étranglant la première, il y a des symptômes d'occlusion aiguë, et d'autant mieux que le mésentère, compris entre les deux séreuses invaginées accolées, tire en arrière l'intestin et réduit sa lumière à une simple fente.

On sait que le grand tragédien Talma succomba à une péritonite généralisée après invagination. En effet, la terminaison est le plus souvent fatale ; mais quelquefois l'élimination du bout, invaginé par sphacèle, est suivie de guérison.

Les *polypes* de l'intestin, pédiculés, et sans cesse entraînés par le courant, finissent par produire une invagination.

Il peut y avoir occlusion par *coudure de l'intestin* : un intestin étant adhérent à une paroi par un point, les deux parties situées au-dessus et au-dessous de ce point finissent par former un angle aigu, aidées en cela par le mésentère qui tire en arrière ; à cet angle, intérieurement, la muqueuse vient former un éperon, qui, par le fait du courant des matières fécales, a tendance à se coller sur le bout inférieur, d'où dilatation du bout supérieur et aplatissement de l'inférieur ; on voit comment l'occlusion finit par se constituer.

Le *volvulus* ou torsion de l'intestin s'observe surtout à l'S iliaque ; il est assez fréquent en Russie, et tiendrait à une alimentation trop végétale. Il offre parfois la forme de nœuds très compliqués et impossibles à expliquer.

Le *cancer*, dont le plus fréquent est celui du rectum, est souvent l'origine d'occlusion ; mais cette occlusion s'établit d'une façon lente et graduelle, et affecte rarement la forme aiguë.

On en peut dire autant des *rétrécissements cicatriciels* après ulcérations dans la dysenterie, l'entérite, la fièvre typhoïde, la syphilis au rectum ; une invagination guérie peut donner lieu plus tard à de l'occlusion intestinale par rétrécissement cicatriciel : la mort de Gambetta en serait un exemple célèbre.

Quant au *rétrécissement spasmodique* connu sous le nom d'*iléus*, il est extrêmement rare.

III. Comme causes intra-intestinales, on a tout les *corps étrangers* volumineux de l'intestin, calculs biliaires, vers intestinaux agglomérés, entérolithes, noyaux de fruits. On a noté une fois l'occlusion chez une femme qui s'était nourrie pendant tout le carême avec des figues ; les grains avaient formé un amas extrêmement dur et volumineux et avaient été l'origine de cette occlusion. Les masses stercorales durcies accumulées dans le cæcum et l'S iliaque par une constipation opiniâtre peuvent donner des symptômes d'occlusion, chez les vieillards dont les parois intestinales ont perdu leur tonicité.

Symptômes. — Au point de vue symptomatologique, on doit distinguer deux espèces d'occlusion intestinale : l'occlusion aiguë et l'occlusion chronique, celle-ci se produisant dans les compressions par tumeurs, les rétrécissements cancéreux ou cicatriciels, et la plupart des corps étrangers.

1° Occlusion aiguë.

Elle comporte trois grands symptômes : une *constipation absolue*, il n'y a ni matières, ni gaz ; des *vomissements*, d'abord alimentaires, puis séreux, ensuite bilieux, et rapidement fécaloïdes ; et le *ballonnement* du ventre. Il y a en outre, presque toujours, une *douleur* extrêmement vive, exagérée par le moindre mouvement.

Les *symptômes généraux* sont parfois lents à survenir ; d'autres fois, ils sont au contraire très rapides : le facies est grippé, le nez effilé, les lèvres tirées en dehors, les yeux caves, la peau collée aux pommettes. Il y a généralement un abaissement de température de un à deux degrés ; les extrémités sont refroidies, le pouls est petit et misérable.

La marche de l'affection est aiguë et, le plus souvent en 24, 48 heures, quelques jours, la mort survient, soit par collapsus, soit par péritonite aiguë généralisée.

Exceptionnellement, la guérison se fait naturellement par élimination de l'anse invaginée, évacuation d'une tumeur fécale, etc. Parfois, il y a péritonite localisée, perforation intestinale, abcès stercoral et fistule consécutive.

2° Occlusion chronique.

Elle est essentiellement caractérisée par la lenteur et la chronicité des accidents ; il y a des troubles digestifs, des douleurs abdominales, de

(1) Cours inédit de la Faculté.

la constipation opiniâtre, suivie de débâcles diarrhéiques.

Le malade s'épuise et finit par mourir dans le marasme, à moins que les symptômes de l'occlusion aiguë, ou bien une péritonite par perforation, ne viennent terminer la scène.

Diagnostic. — Devant un malade ayant des vomissements, de la constipation, du ballonnement du ventre, il faut d'abord chercher aux orifices herniaires, sans oublier qu'il y a des hernies rares qui peuvent s'étrangler, comme la hernie lombaire dans le triangle de J.-L. Petit, les hernies ventrales, la hernie obturatrice, les hernies périnéales. S'il n'y a rien, il faut songer à la péritonite ou à l'occlusion intestinale. La péritonite aiguë étant caractérisée par une élévation de température, une douleur exquise du ventre, des vomissements porracés, une constipation non absolue, on fera le diagnostic d'occlusion intestinale par exclusion. Il est un signe qui doit faire pencher vers le diagnostic d'occlusion, c'est la localisation du ballonnement abdominal, lorsqu'elle existe ; si au début, la douleur est localisée en un point, et que le météorisme semble débuter par ce point, on songera à l'occlusion, et on considérera ces signes comme des indices du siége de cette occlusion.

Mais ces indications symptomatiques sont rares, et comme l'ont montré les discussions de la Société de chirurgie, le diagnostic entre la péritonite aiguë et l'occlusion intestinale aiguë est parfois impossible.

Quant au diagnostic de la cause, il est d'une difficulté extrême. Les commémoratifs, l'âge peuvent donner quelques indications : ainsi chez un enfant, surtout en bas âge, il faut songer avant tout à une invagination ; un homme adulte et sans antécédents du côté du péritoine, aura plutôt un volvulus ; une femme adulte et syphilitique, un rétrécissement ; chez un vieillard, l'occlusion chronique et même aiguë peut venir d'un cancer ou de matières formant tumeur ; dans ces deux derniers cas, le toucher rectal pourra donner des indications ; il peut également permettre d'atteindre une anse invaginée ; il ne faut donc jamais le négliger.

Traitement. — Le traitement peut être médical, ou chirurgical. Le premier a l'inconvénient d'agir en aveugle, tandis que le second a la prétention d'aller directement à la cause des accidents et par suite d'agir d'une façon claire et rationnelle. A cela, on peut dire que, lors même qu'il serait démontré qu'une opération a plus de chances de sauver le malade, le médecin est toujours autorisé à chercher par des moyens simples et non dangereux, à éviter une opération grave, quand il n'emploierait pour cela que le temps nécessaire à préparer l'opération. Mais, de plus, on n'est pas certain, après la laparotomie, d'arriver au siège des accidents, même après des manœuvres longues et pénibles ; et, d'un autre côté, par le traitement médical, employé seul, on est arrivé à guérir l'occlusion intestinale dans beaucoup de cas.

On peut donc conclure qu'il y a lieu d'employer un traitement médical, à condition qu'il soit inoffensif et qu'il ne se prolonge pas de façon à enlever à l'opération les chances de réussite qu'elle peut avoir.

Le traitement médical, qui s'adresse à la cause et qui a pour but de faire cesser l'occlusion, comprend des pratiques à peu près inutiles et même dangereuses et des moyens dont l'efficacité a été constatée assez souvent.

Tout d'abord, les *purgatifs*, qui ont été longtemps employés, sont plutôt nuisibles, et on les abandonne à peu près complétement. Exceptons-en les cas d'obstruction par corps étrangers, et tumeur stercorale, où les purgatifs huileux peuvent rendre quelques services. Mais, même dans ces derniers cas, le traitement électrique est bien plus efficace, et il faudrait lui donner la préférence.

Le *traitement électrique* peut se faire de deux façons : on emploiera les courants induits, comme les a préconisés M. Bucquoy, ou les courants continus suivant la méthode de Boudet (de Paris).

Actuellement, on emploie de préférence les courants continus ; avec une sonde en gomme on donne préalablement un lavement d'eau salée qui protège la muqueuse rectale contre l'action chimique du courant. On emploie une pile de 14 à 16 éléments. Dans la sonde en gomme se trouve un mandrin métallique en communication avec le pôle négatif de la pile, pendant qu'on applique sur la région dorsale ou abdominale une plaque recouverte en peau de chamois, en communication avec le pôle positif. On change le courant au bout de dix minutes, la durée d'une application étant de 20 minutes. Cependant, si le cœur paraissait un peu faible, et le malade très déprimé, on s'interdirait les changements de courants, et on diminuerait la durée de l'électrisation. Notons que la péritonite aiguë n'est pas une contre-indication à l'emploi de ce traitement.

Le *lavage de l'estomac* est recommandable, car s'il n'a pas d'action curative manifeste, il calme les vomissements et soulage le malade. Les *injections rectales* gazeuses et liquides sont un moyen bien inférieur au lavement électrique ; on ne les emploiera que si l'on n'a pas à sa disposition l'instrument nécessaire pour ce traitement.

Quant aux *ponctions capillaires* de l'intestin avec la seringue de Pravaz, elles sont tout au moins inefficaces.

Le *massage* a parfois donné de bons résultats. On est autorisé à l'essayer au début des accidents ; plus tard il serait dangereux.

Pour calmer la douleur et soutenir les forces du malade, on aura recours *à la glace*, par petits fragments à l'intérieur et en applications sur le ventre ; *à l'opium* qui unit à ses vertus calmantes des propriétés toniques manifestes, à condition que les doses n'en soient pas trop élevées ; et en raison de la diminution du pouvoir absorbant de l'estomac, il est préférable de l'administrer par la voie sous-cutanée ou bien par la voie rectale. La *belladone*, par petites doses répétées, rend aussi des services.

Mais le traitement médical ne doit pas être prolongé au delà de 24 à 36 heures. Après cela, il faut sans hésiter avoir recours à une opération.

Certains chirurgiens préfèrent la création d'un anus contre nature à la laparotomie exploratrice. Mais le plus grand nombre ont recours à cette dernière d'abord, et si elle est inefficace, c'est alors seulement qu'ils font l'entérotomie. La statistique donne raison à ces derniers, et c'est la pratique que nous conseillerons. La paroi abdominale étant incisée, on pourra reconnaître que l'obstacle siège sur le gros intestin, si on trouve le cæcum distendu par des gaz, tandis que s'il

est affaissé, l'obstacle siège sur l'intestin grêle.

Nous n'entrerons pas dans des détails opératoires, qui ne peuvent prendre place dans cette revue. Nous nous sommes borné à poser les indications du traitement.

Dr P. HERVOUET.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le Doctorat ès sciences médicales.

La question d'un diplôme médical supérieur au Doctorat revient encore sur l'eau, et le Ministre de l'Instruction publique, dans ses projets de réforme, appelle sur ce point l'attention du Conseil des Facultés.

Au moment où l'unification des grades va être enfin obtenue par la suppression de l'Officiat de santé, cette création nouvelle nous paraît singulièrement mal venue.

A quoi pourrait bien servir ce nouveau titre?

La masse des praticiens ne le recherchera pas, car il ne pourra guère que consacrer des études théoriques et spéculatives, auxquelles la pratique médicale n'a que peu à gagner.

Ce sera donc une nouvelle timbale à décrocher pour ceux qui veulent suivre la voie des concours?

Mais alors on peut se demander en quoi il augmentera le savoir des Agrégés des Facultés, des médecins ou des chirurgiens des Hôpitaux. En quoi même son obtention pourrait-elle les rehausser aux yeux du public ? — Quelle que soit la difficulté qu'ils aient pu éprouver à l'obtenir, ce doctorat ne saurait éclipser les titres auxquels ils doivent actuellement et devront toujours dans l'avenir, la haute notoriété dont ils jouissent.

Il faut en vérité que les choses de la médecine soient bien mal connues, pour que les idées de réforme, quand par hasard elles se font jour, prennent une telle direction !

Tout le monde sait que l'enseignement clinique est insuffisant, que la plupart des jeunes docteurs manquent des notions pratiques les plus indispensables et éprouvent, à leurs débuts, une foule de difficultés, que leur épargnerait un enseignement mieux compris — et c'est pour remédier à un tel état de choses qu'on se propose de créer un titre purement scientifique !

Il ne faut pas se le dissimuler, cette création malencontreuse, si elle venait à se réaliser, n'aurait d'autre effet que de ressusciter l'officiat. Aussi nous paraît-elle condamnée d'avance, ayant contre elle tous ceux que n'hypnotise pas un nouveau mandarinat.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association syndicale des médecins de l'Arrondissement de Sedan (*suite*).

3°. — *Rapports des médecins avec les Compagnies d'assurances sur la vie.*

ARTICLE PREMIER.

Tout certificat d'assurance sur la vie sera payé au moins 20 francs ; les déplacements seront payés à raison de 1 franc par kilomètre, en plus.

ARTICLE 2.

Notification de cette décision sera faite par les soins du Bureau aux agents d'assurances sur la vie de la région.

ARTICLE 3.

Les Compagnies, qui n'accepteront pas ce tarif seront mises à l'index et aucun médecin de la région ne fera de certificat pour elles.

4°. — *Rapports des médecins avec les Municipalités.*

ARTICLE PREMIER.

Le Bureau de l'Association syndicale est chargé de concilier les conflits qui pourront surgir entre les médecins adhérents au Syndicat et les municipalités et de prendre énergiquement la défense des confrères à l'occasion.

ARTICLE 2.

Toute décision grave sera soumise à l'approbation de l'assemblée générale

5°. — *Rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels.*

ARTICLE PREMIER.

Le prix qui devra être demandé aux Sociétés de secours mutuels est fixé à 1 franc par visite dans la résidence du médecin et 1 franc par kilomètre, en plus, en dehors de la résidence.

ARTICLE 2.

Dans le cas où un forfait serait établi entre le médecin et la Société de secours mutuels, il serait procédé conformément à l'article 2 des rapports avec les industriels.

ARTICLE 3.

Même dans les cas de forfait, les visites de nuit, les grands pansements, opérations et consultations seront réglées suivant un tarif minimum élaboré par l'Association.

6°. — *Rapports des médecins avec les Associations charitables.*

ARTICLE UNIQUE.

Quand une personne se présentera chez un médecin au nom d'une Société de bienfaisance quelconque pour solliciter son concours gracieux, celui-ci devra prier ces personnes de s'adresser au Bureau du Syndicat qui assurément s'inspirera des sentiments de générosité et de dévouement qui sont de tradition dans la profession, mais qui veillera aussi à ce que le corps médical ne soit pas indignement exploité ni matériellement, ni moralement, et s'il admet en principe que le confrère puisse donner son concours gracieux à l'œuvre pour laquelle on le sollicite, il n'admettra pas que d'autres personnes accaparent l'honneur de ses peines, et, désirant que les bonnes actions de chacun rejaillissent sur la corporation tout entière, il exigera que le confrère soit inscrit comme bienfaiteur de l'œuvre et que les intéressés sachent que les soins sont donnés gratuitement.

7°. — *Règlement relatif aux usages professionnels.*

ARTICLE PREMIER.

Les médecins ne réclament d'honoraires que des personnes qui peuvent rémunérer leurs soins.

ARTICLE 2.

Tous rapports médicaux avec les médecins mis à l'index sont formellements interdits.

ARTICLE 3.

Pour n'importe quelle raison, un médecin ne doit

se rendre à jours fixes dans une localité où il y a un confrère.

ARTICLE 4.

Nul ne doit, sous quelque prétexte que ce soit, visiter clandestinement les malades d'un confrère.

ARTICLE 5.

Lorsqu'un médecin est appelé dans le cours d'une maladie à donner des soins à une personne en cours de traitement, il ne doit y aller qu'en consultation avec le premier médecin traitant, à moins d'entente complète entre eux ou de refus du premier.

ARTICLE 6.

Quand un médecin induit en erreur apprendra que le malade auprès duquel il vient d'être appelé était en traitement, il devra, pour continuer ses soins, exiger la présentation de la note acquittée du confrère qui l'a précédé, après avoir toutefois fait son possible pour lui rendre la confiance du malade.

ARTICLE 7.

Dans les communes limitrophes où plusieurs médecins exercent en même temps, le médecin acceptant un nouveau client, qu'il sait notoirement appartenir à un confrère, doit avertir ce dernier qu'il ait à se faire payer s'il y a lieu. Dans ce cas, l'ancien médecin doit immédiatement envoyer sa note.

ARTICLE 8.

Si le médecin d'une famille a été appelé et n'a pu se rendre immédiatement à l'appel du malade, les médecins qui se seraient presentés en son absence devront remettre le malade au médecin ordinaire, quelle que soit l'insistance de la famille.

ARTICLE 9.

Tout médecin doit accepter en consultation celui qui est proposé par la famille, à condition qu'il ne soit pas à l'index.

ARTICLE 10.

Toutefois le médecin traitant a le droit d'appeler un second consultant à son choix en cas de désaccord.

ARTICLE 11.

Toute discussion en présence du malade est interdite.

ARTICLE 12.

Les consultants doivent éviter de modifier sans nécessité le traitement adopté par le médecin ordinaire. Quand ils croient indispensable d'y apporter quelques changements, ils doivent user de la plus grande circonspection et prendre toutes les précautions propres à sauvegarder la réputation de leur confrère et à lui conserver la confiance de son malade.

ARTICLE 13.

Sous aucun prétexte, le médecin consultant ne devra pénétrer auprès du malade avant l'arrivée du médecin traitant.

ARTICLE 14.

Les consultations seront réglées de la manière suivante : le plus âgé des médecins fixe l'heure de la consultation. Avant d'entrer dans la chambre du malade, le médecin ordinaire fera l'historique de la maladie ; les consultants se rendront ensuite auprès du malade pour l'examiner. Le plus jeune procédera le premier à l'examen. De retour dans le premier lieu de leur réunion, chacun, en commençant toujours par le plus jeune, donnera son avis sur la maladie et sur le traitement qu'il convient d'adopter. Le plus jeune rédigera la délibération, qui sera ensuite communiquée au malade ou à sa famille par le doyen d'âge des médecins appelés.

ARTICLE 15.

Lorsqu'un médecin, sans provocation de sa part, aura essuyé des insultes ou des procédés humiliants de la part d'un client au sujet de son service, il pourra en faire part au Président du Syndicat qui avertira immédiatement, s'il y a lieu, tous les confrères susceptibles d'être appelés par ce client, de n'avoir à lui donner aucun soin avant qu'il n'ait fait des excuses écrites au confrère.

ARTICLE 16.

Toute contestation, toute difficulté entre confrères syndiqués, devront être soumises à l'examen du Bureau du Syndicat, qui statuera. Il pourra en être appelé à l'assemblée générale qui jugera en dernier ressort.

Enfin, pour faciliter la transition entre l'ordre de choses ancien et la réglementation nouvelle qu'ils venaient d'adopter, les membres du Syndicat ont adopté les mesures transitoires suivantes :

Dispositions de transition

ARTICLE PREMIER.

D'une façon générale, tout traité ou convention actuellement en vigueur entre un médecin et un industriel ou une société quelconque, est provisoirement admis par le Syndicat.

ARTICLE 2.

Les médecins qui ont des traités avec des industriels ou des sociétés devront les déclarer au Bureau du Syndicat, qui les enregistrera pour éviter toute équivoque ultérieure.

ARTICLE 3.

La réglementation suivante ne sera applicable qu'aux traités, qui se feront à dater de ce jour.

ARTICLE 4.

Seuls, les prix convenus pour les certificats adressés aux Compagnies d'assurances pour constater l'existence et la guérison des blessures, et pour les certificats d'assurances sur la vie, devront être exigés par tous les médecins de la région à partir du 1er janvier 1892.

ARTICLE 5.

Quand une place de médecin d'usine ou de société deviendra vacante par suite de la démission volontaire et écrite du titulaire ou pour toute autre raison, le successeur devra se conformer à la réglementation ci-après.

ARTICLE 6.

Si un médecin d'usine ou de société voulait se dégager de son traité pour se conformer à la réglementation ci-après, il recevrait l'appui du Syndicat.

ARTICLE 7.

Tous les traités qui se feront à dater de ce jour entre un médecin de la région et une municipalité, un industriel, une société, une compagnie ou une collectivité quelconque, devront être immédiatement adressés au Président de l'Association syndicale, qui les communiquera au Bureau à sa première réunion.

Ces traités seront enregistrés et lus à la première assemblée générale suivante.

Syndicat médical de la Marne.

Section d'Epernay.

Le Syndicat médical de la Marne, section d'Epernay, a tenu le 10 avril à l'Hôtel de Ville sa première séance semestrielle de 1892.

Présents : MM. Chéruy, Cossin, Choquart, Evrard, Dunand, Godart, Jeannin, Liniasset, Laydecker, Leclère, Mangin, Plicot, Pierrot, Pellot, Verron et Moret.

Excusés : MM. Couillaud, Jacquinot, Péchadre, Soyeux et Mollin.

Le docteur Demange, d'Orbais-l'Abbaye, admis sur sa demande à faire partie du Syndicat, assiste à la séance.

Avant de procéder au vote pour le renouvellement du Bureau, le Président expose que, si le Syndicat n'a pas encore donné tout ce que ses membres pouvaient attendre de lui, du moins il a contribué, dans la mesure de ses moyens, à faire voter la loi sur l'exercice de la profession.

Le secrétaire-trésorier donne lecture du procès-verbal de la dernière séance et expose l'état de la caisse qui possède, grâce aux ressources de l'ancien Syndicat, une somme de 630 fr. 85, les dépenses de l'année écoulée payées.

Etant donnée l'excessive étendue de l'arrondissement d'Epernay, le Syndicat, sur la proposition du docteur Plicot, adopte la formation d'un groupe ayant comme centre Sézanne, et en confie l'organisation aux docteurs Hugé, Plicot et Dunand. La section de Sézanne, tiendra ses réunions avant l'assemblée générale d'Epernay à laquelle elle déléguera un de ses membres.

Le vote pour le renouvellement du bureau donne les résultats suivants :

Président : M. le Dr PELLOT, président sortant ;
Vice-Président : M. le Dr VERRON ;
Assesseurs : MM. les Drs JEANNIN et DUNAND ;
Secrétaire-Trésorier : M. le Dr EVRARD, secrétaire-trésorier sortant.

Sur la proposition du président, le Syndicat vote la modification de l'article 14 des statuts : dorénavant, l'amende ne sera pas appliquée aux membres absents excusés, mais l'amende de six fr. sera maintenue pour les absents non excusés.

Reprenant la suite de la discussion des tarifs, le Syndicat revient sur le tarif minimum à appliquer à chaque malade dans les localités éloignées de la résidence du médecin :

Il est à souhaiter que chaque village connaisse le prix demandé par les médecins qui le fréquentent habituellement.

M. le Dr *Plicot* estime que ce prix doit être celui de la visite ordinaire sans déplacement, accru de un fr. par kilomètre parcouru quand il s'agit du malade qui appelle le médecin. Tout malade qui profiterait de la présence du médecin pour lui demander une visite surérogatoire devrait payer à raison de 1 fr. par kilomètre, soit, pour un village situé à une distance de 5 kilomètres un prix de 8 fr. pour le 1er malade, et de 5 fr. pour chaque visite surérogatoire.

Sur la proposition du docteur *Dunand*, le Syndicat vote un prix uniforme pour toutes ces visites, tant pour le malade appelant que pour les surérogatoires : un fr. par kilomètre, visite en sus.

Cette réglementation s'applique aux malades ayant besoin immédiat de visite médicale ; quant aux chroniques que le médecin peut visiter à sa convenance, celui-ci s'entendra avec les familles sur la durée des périodes séparant ses visites et il les taxera au tarif intégral comme précédemment.

Quant aux malades qui ne consultent qu'incidemment le médecin venu dans leur village, qui ont des maladies sans importance pour lesquelles ils ne consultent que si l'occasion s'en présente, mais ne vont pas au-devant de cette occasion, ils doivent payer un prix de visite majoré, mais sans addition du tarif kilométrique.

Le docteur *Verron* estime qu'à la prochaine séance chaque médecin du Syndicat fera bien d'apporter une base de tarifs pour son groupement. — Adopté.

2° Tout médecin donnant des consultations hors de sa résidence, même à jour fixe, devra établir un prix plus élevé que pour les consultations dans son cabinet ; ce prix variera de 3 à 6 francs.

Pour les consultations entre confrères, le tarif minimum de 20 fr. est adopté ; ce prix revient entier à chacun des médecins consultants, et ceux qui ont en outre à se déplacer hors de leur résidence y joindront le tarif kilométrique. Ce tarif doit être appliqué, quel que soit le nombre des consultations, pour chacune d'elles.

Les consultations obstétricales n'existant pour ainsi dire qu'avec intervention de manœuvres, il ne peut leur être appliqué de tarif défini.

La consultation verbale dans le cabinet du médecin doit être taxée au double de la visite. La consultation accompagnée de pansement doit être taxée au triple de la visite simple.

3° Les certificats délivrés par le médecin doivent être taxés au prix de une à trois visites simples : une visite pour ceux sans importance comme vaccination, etc., et deux ou trois pour les autres.

4° Les accouchements sont tarifés au minimum de 40 fr. abaissé à 30 fr. pour les localités dépourvues de sages-femmes. — Un accouchement laborieux nécessitant la présence continue du médecin 12 heures durant est taxé, au double de l'accouchement ordinaire. — Toute opération obstétricale est taxée en sus des précédents tarifs.

L'avortement nécessitant l'intervention du médecin est taxé comme accouchement.

5° Les opérations de petite chirurgie, application de séton, de ventouses, etc., sont taxées au double de la visite simple. — La saignée est taxée au triple de la visite. — Le toucher vaginal ou rectal, l'application du spéculum, sont taxés comme double visite.

Les pansements de premier ordre sont taxés au prix de cinq visites simples ; les autres, selon leur importance.

Les opérations importantes, celle de hernie étranglée, par exemple, de trachéotomie, sont taxées au minimum de 200 fr. ;

Les opérations de second ordre, au minimum de 50 fr. et celles de troisième ordre à 20 fr.

Ces tarifs pour les opérations ne comportent pas de maximum, attendu que la position de fortune de l'opéré peut seule servir de base à l'établissement d'un prix.

La suite de la discussion des tarifs est remise à la séance suivante.

Avant de se séparer, le Syndicat vote des remerciements au docteur Dunand, qui a bien voulu être son délégué à la dernière réunion de l'Union des Syndicats et qui rendra compte de son mandat dans la prochaine séance.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous sommes heureux de faire part à nos lecteurs de l'élection de M. Chevandier, comme sénateur de la Drôme ; il nous rendra au Sénat des services aussi grands que ceux qu'il nous a rendus à la Chambre.

— *Empoisonnement par des escargots sulfatés.* — On mande du Pradet, près la Garde (Var), que cinq personnes de cette localité, qui avaient mangé des escargots, cueillis dans des vignes sulfatées, ont été empoisonnées par ces mollusques. Toutes sont, à l'heure qu'il est, hors de danger.

(*Progrès Médical*).

— *Instruction médicale des femmes en Russie.* — Le conseil impérial de Russie a décidé, à une grande majorité, l'établissement d'un Institut médical pour les femmes à Saint-Pétersbourg. Le conseil municipal y contribuera pour la somme de 400.000 francs, le ministère de l'Instruction publique pour 175.000 francs, le ministère de la guerre pour 211.250

francs, et la Société de protection de l'Instruction médicale et pédagogique pour 6.250 francs. L'autorité municipale donnera en outre le terrain nécessaire pour l'école et les cliniques adjacentes.

Secret professionnel. — Le tribunal civil de Bordeaux a eu cette semaine à se prononcer sur un singulier procès. Il s'agissait de la demande en dommages-intérêts formée contre le Dr Pitres, doyen de la Faculté de médecine, par une des anciennes malades de sa clinique. Cette personne reproche à M. Pitres de l'avoir insérée toute vive dans un ouvrage scientifique, avec photographie, initiales, description de la maladie.

— *Congrès de la tuberculose.* — Les questions mises à l'ordre du jour pour le 3e Congrès, qui aura lieu à la fin de juillet 1893, sont les suivantes :

1° Du rôle respectif de la contagion et de l'hérédité dans la propagation de la tuberculose.

2° Des maladies infectieuses comme agents provocateurs de la tuberculose. Du rôle de certaines d'entre elles dans la localisation de la tuberculose ; par exemple : de la blennorrhagie dans l'éclosion de la tuberculose du testicule, de la grippe dans l'apparition ou l'aggravation de la tuberculose pulmonaire, etc.

3° Des trêves de la tuberculose. De la durée de ces trêves. Des moyens de les reconnaître et de prévoir leurs cessations. Des causes de la récidive.

4° Des divers moyens de diagnostic de la tuberculose bovine ; en particulier rechercher si l'inoculation de la tuberculine est un moyen sûr et certain d'établir le diagnostic de la tuberculose chez les bovidés.

5° Des dangers qui peuvent provenir de l'inhumation des cadavres de tuberculeux. De l'opportunité de remplacer l'inhumation par la crémation ; de la nécessité de détruire les bacilles tuberculeux dans les cadavres.

6° Des nouveaux modes de traitement prophylactique et curatif de la tuberculose, basés sur l'étiologie.

7° Utilité de la généralisation du service d'inspection des viandes.

Nous rappelons qu'un prix de 3,000 francs sera donné au meilleur travail sur la question suivante : *Sur les moyens de diagnostiquer la tuberculose latente : avant son apparition ou après sa guérison.*

Envoyer les mémoires, inédits et écrits en français, avant le 1er avril 1893, à M. le Dr L.-H. Petit, 76, rue de Seine. Ces mémoires devront être accompagnés d'une enveloppe cachetée, contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

— *Un désodorisant de l'Iodoforme.* — Un journal de médecine allemand recommande l'essence de térébenthine comme désodorisant intensif de l'iodoforme. Il suffit de laver les mains ou les objets imprégnés de l'odeur forte de ce corps avec de l'essence de térébenthine, puis, une demi-minute après, avec du savon ordinaire, pour obtenir le résultat cherché. (*Union méd.*)

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers d'académie : MM. les Drs Limouzin-Lamothe, à Mormant (S.-et-M.) ; Phocas, agrégé à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille ; Patay, à Orléans (Loiret) ; Piechaud, à Paris ; Villard ; et une médaille d'honneur à été décernée à M. Gérard, père, de Montcornet (Aisne).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3739. — M. le Dr Dubard, de Velars-sur-Ouche, (Côte d'Or), présenté par M. le Dr Chauvenet, de Plombières-les-Dijon.

N° 3740. — M. le Dr Eymonet, de Dijon (Côte-d'Or), présenté par M. le Dr Chauvenet, de Plombières-les-Dijon.

N° 3741. — M. le Dr Calmels, de Millau (Aveyron), membre de l'Association générale des médecins de France.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le Dr Maisongrosse, de Pontacq (Basses-Pyrénées), membre du « Concours médical ».

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Sciences médicales. — Hygiène privée et publique.

Baratoux (Docteur J.). — **Guide pratique pour le traitement des maladies de l'oreille** (anatomie et physiologie de l'oreille ; causes et symptômes des maladies de l'oreille ; examen de l'acuité auditive ; insufflation d'air dans l'oreille moyenne ; thérapeutique des maladies de l'oreille ; examen du conduit auditif et de la membrane du tympan ; étude détaillée des maladies de l'oreille). In-18, VIII-136 p., avec 42 fig. dans le texte. Relié. (Petite Encyclopédie médicale, publiée par la Société d'éditions scientifiques de Paris.) — Prix : **3** fr.

Cornet (Docteur Paul). — **L'Art d'administrer les médicaments aux enfants** (affusions, bains, cataplasmes, collutoires, compresses, collyres, gargarismes, huiles médicinales, injections, lavements, lotions, liniments, massage, potions, poudres, purgatifs, pommades, sangsues, sinapismes, sirops, suppositoires, tisanes, vermifuges, vésicatoires, vomitifs). In-18, 140 p. Relié. (Petite Encyclopédie médicale, publiée par la Société d'éditions scientifiques de Paris.) — Prix : **3** fr.

Lottus (Docteur Jacques). — **Abus de l'hygiène et des médicaments**, ou moyens antihygiéniques de se conserver la santé (coton dans les oreilles ; coiffures ; cache-nez ; caleçon ; la flanelle ; recueillement ; la toilette ; fonctionnement de la vie ; le manger et le boire ; les imprudences ; le grand air ; le sommeil ; la passion des médicaments). In-18, 126 p. Relié. (Petite Encyclopédie médicale, publiée par la Société d'éditions scientifiques de Paris. — Prix : **3** fr.

Laborde (Docteur (J.-V). — **Traité élémentaire de physiologie**, d'après les leçons pratiques de démonstrations. Première partie : Introduction technique à l'étude de la physiologie ; idée générale du système nerveux ; fonctions des nerfs ; fonctions de la moelle épinière ; les fonctions de la moelle épinière et les phénomènes réflexes ; fonctions du bulbe rachidien ; le bulbe rachidien centre autonome d'innervation ; fonctions de la protubérance annulaire ; fonctions des pédoncules cérébraux et tubercules quadrijumeaux ; fonctions du cervelet ; les localisations fonctionnelles cérébrales ; les mouvements du cerveau ; le rôle fonctionnel du liquide céphalo-rachidien. Pet. in-8°, LVI-388 p., avec 26 planches dans l'introduction et 113 fig. dans le texte. (Publication de la Société d'éditions scientifiques de Paris.) — Prix : **10** fr.

Monin (Docteur) et Dubousquet-Laborderie (Docteur). — **Précis élémentaire d'hygiène pratique**, rédigé conformément aux nouveaux programmes de l'enseignement et contenant les données les plus importantes de la science sanitaire (définition, historique et nécessité de l'hygiène ; hygiène scolaire ; l'habitation ; les vêtements, la peau et son hygiène ; l'alimentation ; exercices et gymnastique ; le travail, les accidents du travail, et les moyens d'améliorer les classes ouvrières ; les maladies contagieuses et épidémiques et leur prophylaxie ; désinfection et désinfectants). Db in-18, 450 p. (Publication de la Société d'éditions scientifiques de Paris.) — Prix : **6** fr.

NOTA : Chacun de ces 5 ouvrages est expédié avec 20 % de remise *franco* contre mandat à MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Comment il faut prescrire le régime lacté chez les cardiaques.

M. le Dr *Huchard*, dans une clinique thérapeutique, insiste sur certaines précautions à prendre dans la prescription du régime lacté.

« D'abord, le régime lacté doit être absolu, à l'exclusion de tout autre nourriture.

« Il faut le prescrire à la dose minima de 2 litres 1/2 et même de 3 litres par jour. Au-dessous de ces quantités, pour un malade de poids moyen, l'alimentation devient insuffisante, et l'amaigrissement assez rapide qui en résulte peut contribuer encore, pour sa part, en jetant dans l'organisme des produits toxiques de dénutrition, à devenir une nouvelle source d'auto-intoxication et de troubles respiratoires.

« Il ne suffit pas de dire au malade : « Buvez 3 litres de lait par jour, comme vous voudrez et quand vous voudrez. » Il faut recommander d'en absorber régulièrement une tasse de 300 grammes au moins toutes les deux heures, de ne pas prendre cette quantité d'un seul trait, mais en plusieurs fois et par gorgées. En effet, lorsqu'on en prend de trop grandes quantités à la fois, le gros coagulum qui se forme dans l'estomac n'est pas tout entier attaqué par les sucs digestifs, et en passant dans l'intestin à l'état de corps étranger, il n'est pas absorbé et provoque souvent la diarrhée.

« Le lait froid est préférable au lait chaud, mais il doit être bouilli.

« Souvent, le laitage est mal supporté par l'estomac et l'intestin ; il peut provoquer, suivant les sujets, de la diarrhée ou de la constipation, des troubles digestifs avec intolérance gastrique, un véritable dégoût, et enfin, chez quelques malades, ce régime s'accompagne d'un réel affaiblissement des forces.

« Pour assurer la digestibilité du lait, il faudra parfois additionner chaque tasse d'une cuillerée à café d'eau de chaux, d'une à deux cuillerées à soupe d'eau alcaline ou encore d'un cachet d'un gramme de bicarbonate de soude. D'autres fois, il sera indiqué de prescrire un peu de pepsine ou de pancréatine (20 centigrammes), et pour éviter les fermentations intestinales, à chaque tasse, cinq ou six fois par jour, un des cachets suivants qui assurent en même temps l'antisepsie intestinale :

Benzonaphtol........	20 grammes.
Pancréatine........	10 grammes.

Pour 40 cachets.

« Si le lait détermine de la diarrhée, ces cachets peuvent encore être utiles ; on peut cependant substituer le salicylate de bismuth au benzonaphtol, ou encore prescrire des cachets de 0,50 cent. de sous-nitrate de bismuth à chaque tasse de lait. Lorsque la diarrhée reste encore rebelle à tous ces moyens, je l'ai vue parfois complétement cesser par l'emploi du lait stérilisé.

« S'il donne lieu, au contraire, à la constipation, on emploiera en même temps quelques laxatifs (une cuillerée à café de magnésie anglaise tous les matins, un cachet de 50 centigrammes à 1 gramme de poudre de rhubarbe, un cachet de 50 centigrammes de fleur de soufre et de magnésie).

« Dans quelques cas, les malades ne peuvent supporter le régime lacté. Il faut voir alors si cette difficulté ne tient pas au lait lui-même ou à l'état des voies digestives. Certains laits sont mal digérés, parce qu'ils renferment trop de substances grasses ; il convient alors d'en changer la provenance, et dans nombre de circonstances on arrive ainsi à un bon résultat. Quelquefois, il est mieux digéré lorsqu'il est écrémé. Enfin, certains malades supportent mieux le laitage chaud que froid.

« Dans certains cas d'hypochlorhydrie, il pourra être nécessaire de faire prendre un peu d'acide chlorhydrique après le lait.

« Il faut encore savoir vaincre le dégoût naturel

des malades pour ce régime alimentaire. Dans ce cas, on peut aromatiser le lait avec différents liquides : kirsch, rhum, anisette, curaçao, cognac, teinture de badiane, caramel, infusion de café, dont il suffit d'ajouter une cuillerée à bouche ou à dessert pour chaque tasse.

« L'addition de liqueurs alcooliques a encore pour but de remédier dans une certaine mesure à l'état d'affaiblissement dans lequel ce régime jette quelquefois les malades ; chez les individus atteints d'alcoolisme, le régime lacté, en les privant de leur aliment habituel, de l'alcool, peut faire naître des accidents délirants de nature éthylique. Aussi l'adjonction de quelques boissons alcooliques au régime lacté est-elle indiquée ? La durée du régime lacté est généralement de dix à quinze jours. On ne le cesse pas brusquement, et il faut alors lui substituer le régime lacté mitigé, un à deux litres par jour, avec quelques œufs et légumes en purée.

« Le lait agit d'abord comme un aliment parfait et comme un aliment inoffensif, n'introduisant avec lui dans l'économie aucun produit toxique, pas même les sels de potasse qu'il renferme en très petite quantité. Aussi a-t-on pu dire : « Le lait agit surtout parce qu'il ne nuit pas. » Les recherches expérimentales de Charrin et Roger ont apporté la meilleure confirmation à cette idée, puisqu'elles ont démontré la diminution considérable de la toxicité urinaire à la suite de ce régime.

« En second lieu, le lait, en favorisant la diurèse et en ouvrant le rein, assure la dépuration urinaire et l'éliminination de tous les poisons. Il n'a aucune action excitante sur les reins malades, comme Rosenstein le croit, bien à tort.

« En troisième lieu, il s'adresse encore aux fonctions hépatiques, parce qu'il contient du sucre capable de se transformer en glycogène.

« Enfin, il contribue, pour une grande part, à diminuer l'hypertension artérielle, et il augmente ainsi l'énergie du cœur d'une façon indirecte, en facilitant ou en diminuant son travail, puisqu'il tend à vaincre par la diurèse les obstacles périphériques. »

La lèpre et la maladie de Morvan.

Voici les conclusions que M. *Zambaco* formule à la suite de ses recherches sur la lèpre en Bretagne :

1° La lèpre existe actuellement à l'état autochtone en Bretagne, où je l'ai rencontrée revêtant ses diverses formes, savoir : la mutilante, l'anesthésique de Danielsen ou nerveuse, l'ulcéreuse et même la tuberculeuse.

C'est là une survivance de la lèpre antique qui a ravagé l'Armorique pendant plusieurs siècles. Elle s'y conserve par une hérédité ancestrale, par atavisme ;

2° Tous les médecins qui ont étudié la lèpre partagent mon avis. A cet effet, je ne pouvais mieux m'adresser en Bretagne qu'à nos distingués confrères de la marine qui ont observé la lèpre, et dont plusieurs ont été directeurs de léproseries dans les colonies. Pour eux, la survivance de la lèpre en Bretagne est un fait acquis ;

3° En Bretagne, la lèpre conserve parfois tous ses caractères classiques. Elle est alors facile à diagnostiquer, mais dans l'immense majorité des cas elle est légère, incomplète, *atténuée* ; elle ne signale son existence que par un ou deux de ses symptômes ; en un mot, elle est fruste et par conséquent méconnaissable pour ceux qui n'ont pas l'expérience voulue pour la démasquer.

D'ailleurs, ces cas de lèpre, dénoncés par un ou deux signes seuls, se rencontrent également dans les localités où la lèpre est en activité, en Turquie, aux colonies, etc.

En effet, il y arrive aussi que la lèpre anesthésique s'arrête à la première période, pour des années et même pour toujours. Il en est de même de la mutilante, après la perte d'un ou deux doigts.

Les boutons ou tubercules et les plaques pigmentaires sur lesquels on s'est basé jusqu'à pré-

FEUILLETON

Les Médecins et le service militaire

La loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée en appelant sous les drapeaux tous les citoyens français reconnus aptes au service a entendu donner satisfaction aux intérêts les plus élevés et les plus importants. Mais il était nécessaire que l'accomplissement des devoirs militaires ne fût pas un obstacle à l'exercice d'un certain nombre de professions qui, en raison des longues études qu'elles exigent, auraient été incompatibles avec le service de trois ans.

L'article 23 de cette loi dont nous donnons ci-dessous un extrait, répond à cette nécessité en limitant à un an la durée du service actif pour un certain nombre de cas. Les prescriptions de cet article ont pour effet de sauvegarder les intérêts des carrières scientifiques, littéraires et artistiques qui sont indispensables à l'existence d'une nation civilisée.

Art. 23 de la loi du 15 juillet 1889 :

« En temps de paix, après un an de présence « sous les drapeaux, sont envoyés en congé « dans leurs foyers, sur leur demande jusqu'à « la date de leur passage dans la réserve :

« 1° Les jeunes gens qui contractent l'engagement de servir pendant dix ans dans les « fonctions de l'instruction publique, etc., etc.

« 2° Les jeunes gens qui ont obtenu ou qui « poursuivent leurs études en vue d'obtenir :

« Soit le diplôme de licencié ès lettres, ès « sciences, de docteur en droit, de docteur en « médecine, de pharmacien de première classe, « etc., etc.

. . . .

La loi du 15 juillet 1889, en appelant sous les drapeaux les jeunes gens visés par l'art. 23, a voulu les mettre en état de figurer dans les rangs de l'armée au jour de la mobilisation et d'y remplir les devoirs qui s'imposent à tous les Français. Dans cet ordre d'idées, tout le monde conviendra que les devoirs du médecin en temps de guerre consistant dans la pratique de son art vis-à-vis des malades et des blessés de l'armée, l'instruction qu'il doit recevoir pendant son année de service ne peut être que relative aux fonctions qu'il aura à remplir sur le champ de bataille. C'est assurément ainsi qu'aurait dû être interprété l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889.

sent pour établir le diagnostic différentiel entre la syringomyélie ou la maladie de Morvan et la lèpre peuvent faire défaut même dans les foyers lépreux en activité. Leur absence n'autorise donc pas à exclure la lèpre ;

4° La lèpre autochtone existe partout en Europe : en Portugal, en Espagne, en Italie, où le docteur Ferrari écrit avoir 200 lépreux en observation, en Roumanie, en Russie, en Scandinavie, en Grèce, en Turquie. Il y a des foyers lépreux dans le midi de la France, près de Nice, à Vitroles, à Martigues. Je pense qu'elle existe aussi dans les départements des Pyrénées, parmi les *cagots* qui, de même que les *kakous* de la Bretagne, ne sont que les descendants de lépreux.

Sporadique, disséminée, la lèpre existe partout en France et dans toute l'Europe. Si on la cherchait et si on savait la dépister, on la rencontrerait bien souvent, j'en suis convaincu, tout au moins légère, dégénérée ou fruste, grâce aux améliorations hygiéniques et à la diminution de la misère publique.

Le professeur Brousse (de Montpellier) l'a signalée à l'état autochtone dans cette ville.

Le docteur Thibierge (de Paris) a présenté à la Société médicale des hôpitaux, un lépreux qui a été soigné pendant six ans dans divers services, sans qu'on ait reconnu la véritable nature de l'affection dont il était atteint ;

5° La parésо-analgésie ou mal de Morvan n'est pas une maladie nouvelle, mais un reliquat de la lèpre qui a sévi en Bretagne et un peu partout en Europe pendant des siècles.

En effet, après avoir ravagé l'Armorique, au point de nécessiter la création de nombreuses léproseries aux abords de chaque ville ; le diocèse de Saint-Brieuc seul en possédait vingt-trois, la lèpre ne pouvait disparaître complètement sans laisser des traces de son lugubre passage.

Les noms de kakous, caguets, cagnets, cahets, cagots, cordiers, etc., ne sont pas effacés du vocabulaire breton, et à chaque instant le voyageur, dans les départements du Finistère et du Morbihan surtout, se trouve en face d'une ancienne léproserie ou corderie, ou magdelaine, ou bien d'un cimetière de pourris, ou d'un pont de lépreux, d'un trou de lépreux, d'une lande de lépreux, etc. Les chansons populaires rappellent encore bien vivaces les terribles souvenirs des infortunés ladres. Il était donc à prévoir que la lèpre était encore en survivance en Bretagne, ce que nous avons démontré ;

6° La maladie de Morvan n'est pas autre chose que la lèpre mutilante, qui parfois évolue en suivant son cycle, mais qui, dans la plupart des cas, légère et atténuée, s'arrête à ses premières étapes et donne le change ;

7° La syringomyélie, telle qu'elle est constituée aujourd'hui, comprend des maladies dissemblables, qui ont besoin d'être discernées, différenciées, triées. Plusieurs des malades syringomyélitiques, nous paraissent être atteints de la lèpre anesthésique de Danielsen, plus ou moins atténuée.

(*Semaine médicale*).

Sur le caractère de certaines idées de persécution, observées chez les dégénérés à préoccupations hypochondriaques ou mélancoliques.

M. *G. Ballet.* Depuis le mémoire de Lasègue, les caractères qui différencient les unes des autres les idées longtemps confondues ensemble de persécution et de mélancolie ont été précisés avec netteté. Il est aujourd'hui de notion courante qu'entre le persécuté et le lypémaniaque, il y a toute la distance qui sépare le coupable de la victime ; tandis que le premier s'en prend au monde extérieur des tourments dont il souffre, le second s'accuse lui-même ; aussi celui-ci est humble et résigné pendant que le persécuté est plus ordinairement agressif et révolté. Ces distinctions fondamentales ne sauraient être trop mises en lumière ; cependant elles ne sont pas absolument

---

Une décision ministérielle destinée à assurer l'application d'une loi doit nécessairement s'inspirer de l'esprit de cette loi. Or c'est précisément le contraire qui s'observe dans la décision du 7 octobre 1890. Impossible d'y constater un autre but que la négation complète des tendances libérales formulées par l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889.

Les critiques qui s'élèvent de toutes parts contre cette décision ministérielle démontrent combien elle est contraire aux intérêts du service et combien il importe de chercher à en obtenir au plus vite l'abrogation. Dans le monde médical, l'opinion est unanime à en réclamer le remplacement par une disposition légale susceptible de concilier les besoins de l'armée avec les intérêts scientifiques et professionnels des étudiants en médecine appelés à accomplir leurs devoirs militaires.

La solution de cette question se déduit tout naturellement de la nature des fonctions qui incombent au médecin lors de sa présence aux armées.

Or, la première condition à remplir pour un médecin appelé aux armées en temps de guerre, consiste à être familiarisé avec tous les détails du service dont il va être chargé. Mais ce résultat comment peut-il être obtenu, si ce n'est par un stage d'un an accompli dans un corps de troupe ou dans un hôpital, et, ce qui vaut mieux, dans les deux alternativement, à titre d'aide-major de réserve, lorsque le jeune médecin est pourvu de toutes les connaissances théoriques et pratiques dont il est tenu de faire preuve pour obtenir son diplôme de docteur ?

Pendant la durée de ce stage accompli sous la direction et sous l'autorité de ses collègues du service actif, l'aide-major de réserve n'aura pas de temps à perdre pour s'initier à toutes les notions spéciales à la pratique de l'art dans l'armée (connaissance du matériel de santé, études des maladies propres à la vie militaire, dispositions à prendre en cas d'épidémie, etc.), qui pourrait soutenir qu'il soit indifférent pour le médecin appelé à faire campagne, d'avoir connu le soldat dans sa vie de garnison, de l'avoir suivi aux services, aux manœuvres et d'avoir étudié, dès le temps de paix, les conditions qui peuvent devenir pour lui des causes de maladies, ou le conserver en santé et favoriser le développement de ses forces physiques ?

Il est donc absolument indispensable que, le jour d'une entrée en campagne, le médecin de réserve soit au courant de tous les détails du

vraies dans tous les cas : il est telle circonstance où l'idée de persécution, nettement caractérisée pourtant, s'associe au sentiment d'humble résignation, de mésestime du moi qui constitue le fond ordinaire des états lypémaniaques. Les persécutés dont il s'agit accusent les autres, se plaignent de leurs agissements et de leurs manœuvres comme il convient à des persécutés ; mais ils s'accusent avant tout eux-mêmes ; ils ne se dissimulent pas qu'ils ont fourni le prétexte de la persécution et qu'à eux reviennent les premiers torts : ce sont des victimes, mais des victimes coupables et non, comme les persécutés ordinaires, des victimes innocentes.

(*France médicale.*)

Les ténias aux colonies.

Dans la séance de l'Académie, M. le docteur Bérenger-Féraud a donné lecture de son Mémoire sur la distribution géographique des ténias.

Les principales conclusions de son travail sont les suivantes :

Le ténia armé se retrouve principalement dans l'Europe centrale.

Le ténia inerme est plus souvent observé dans l'Europe méridionale et occidentale.

Le ténia nain est bien rare ; il a été découvert au Caire en 1851, il aurait été observé à Nottingham, en Angleterre, à Belgrade, en Serbie, à Milan et à Catane, en Italie.

Le botriocéphale serait circonscrit aux bords des lacs suisses et dans les provinces russes et suédoises de la Baltique.

M. Bérenger-Féraud termine son mémoire par quelques conclusions au point de vue prophylactique. Les voici :

« 1. La prophylaxie des ténias de l'homme doit être basée sur une double action : protection des animaux contre les œufs fournis par l'homme, protection de l'homme contre les larves fournies par les animaux. En d'autres termes, cette prophylaxie consiste dans l'emploi des moyens capables de contrarier l'évolution cyclique des tænias chez leur hôte provisoire et leur hôte définitif.

« 2. Pour garantir l'homme, il suffit de lui faire manger de la viande suffisamment cuite, pour que les larves aient été tuées par la chaleur ;

« 3. Pour garantir les animaux, le problème est plus difficile à résoudre. Sans doute, on peut dire théoriquement qu'il suffirait de détruire les œufs contenus dans les déjections humaines, mais cette prescription ne peut avoir une sanction pratique et alors il faut chercher à atteindre le but par des moyens moins efficaces, mais plus à notre portée, la surveillance de leur alimentation ;

« 4. Les progrès réalisés par l'élevage des porcs en Europe, les faits signalés par les médecins de l'Inde touchant l'amélioration de la viande chez les bœufs qui ont bu de l'eau pure pendant quelques mois, montrent combien cette surveillance peut être utile. C'est dans cette voie que les efforts doivent être continués pour faire diminuer la fréquence des atteintes de tænias chez l'homme. »

A propos de notre dernier article sur l'artério-sclérose.

M. le Dr *Huchard* veut bien nous faire observer que nous aurions dû placer entre guillemets les parties de l'article, ci-dessous indiquées, qu'il a publiées dans la *Gazette hebdomadaire* ; c'est par une omission involontaire, que nous avons négligé ce soin dans notre article sur l'artério-sclérose ; nous avons d'ailleurs cité plusieurs fois le nom de M. Huchard, environ quatre ou cinq fois, croyons-nous.

Voici les phrases empruntées à la *Gazette hebdomadaire* (juin 92).

« Les causes sont de trois ordres :

Diathésiques, toxiques, infectieuses, etc. » jusqu'à : « A. Le rhumatisme......................

« Le diabète, d'après Dupuytren serait souvent aussi cause d'artério-sclérose.................. »

Jusqu'à B. Les poisons.......................

---

service, qu'il en ait pour ainsi dire le doigté. Avec quelle autorité et quelle sûreté il exercera ses difficiles fonctions ! et quelle confiance il saura inspirer au soldat !

Que l'on suppose, au contraire, un médecin de réserve soumis aux conditions de la décision mensuelle du 7 octobre 1890. En campagne, son zèle, son dévouement et son habileté professionnelle ne suppléeront que très incomplètement à l'insuffisance des notions spéciales qui ne peuvent s'acquérir que par un stage accompli dans les conditions que nous avons signalées ci-dessus. De là, dans l'exécution du service, des tâtonnements, des hésitations inévitables et cela dans des circonstances où la faute la plus légère d'un médecin peut avoir des conséquences fatales à la vie du soldat.

Ces considérations paraîtront sans doute suffisantes pour établir l'utilité de ce stage d'un an, au point de vue du service en campagne. Mais cette utilité s'étend également au service actif, comme nous allons essayer de le démontrer.

Tout le monde dans l'armée sait combien les médecins des corps de troupe sont surchargés de travail. Indépendamment des contingents très nombreux de l'armée active auxquels ils donnent des soins, ils ont encore à assurer le service de groupes qui se succèdent sans désemparer (territoriaux, réservistes). Nous ne parlons que pour mémoire des opérations de vaccination, qui se renouvellent à chaque instant. Les travaux bureaucratiques auxquels ils sont assujettis augmentent chaque jour. Le matériel de santé, qui leur est confié, étant des plus considérables, exige de leur part une surveillance incessante.

En outre, il est rare que le personnel des officiers du corps de santé, soit au complet dans un corps de troupe. Tantôt un des médecins est appelé à assister aux opérations du conseil de revision ; de là, une absence de deux mois ; d'autres fois, c'est une permission de trente jours à laquelle chaque officier a droit dans l'année, qui diminue le chiffre des médecins présents au corps.

Il est manifeste, que dans un grand nombre de circonstances, les médecins des corps de troupe sont trop peu nombreux pour la tâche dont ils sont chargés. Cependant, leurs cadres ont été très notablement augmentés depuis 1882. Cette augmentation ne peut continuer indéfiniment, à raison des charges énormes qu'elle occasionne au Trésor.

En associant, à l'exécution du service actif

« D'après Lancereaux, l'action de l'alcool sur les parois artérielles ne serait pas de nature sclérogène....... » Par parenthèse, ceci est l'opinion de M. Lancereaux, résumée, je veux bien, par M. Huchard, mais entre guillemets ou non, on ne nous l'attribuera certainement pas ; aussi les avons-nous cru peu utiles ces guillemets.......

« Pour le saturnisme, les lésions cardio-artérielles peuvent être produites directement par le saturnisme.. »

Jusqu'à : Une cause, non moins importante, est le régime alimentaire.........................

« Le riche et le citadin, qui mangent trop de viande,......... » jusqu'à : Le surmenage physique et intellectuel..................................

« L'accumulation dans le sang..... » jusqu'à : Enfin la sénilité...................................

« Pendant le cours de la fièvre typhoïde ou dans sa convalescence,.............. » jusqu'à : En ce qui concerne le paludisme.............

« Dans la syphilis, on observe souvent à la période tertiaire....................... » jusqu'à : Nous n'insisterons pas davantage...........

« Ce n'est pas l'alimentation carnée qui rend les hommes plus forts et plus vigoureux...... » Jusqu'à : Il faut réduire la quantité de vin pur..

En somme, les phrases les plus importantes sont si nettement empreintes de la précision scientifique, qui est familière à M. Huchard dans ses nombreux ouvrages, que, à notre sens, le nom de leur auteur devait être manifeste pour tous nos lecteurs.

MÉDECINE PRATIQUE

L'hydrothérapie par la méthode de Kneipp.

« Depuis quelques années déjà (1), un simple curé d'une petite localité de la Bavière, Wœrishofen, attire tellement de malades par sa réputation que ce village a maintenant la vogue des villes d'eaux les plus en renom. Trente mille personnes y affluent chaque année, soit pour obtenir des consultations, soit pour être suivies et dirigées par l'abbé Kneipp ; pendant quelques semaines, parfois seulement pendant quelques jours, juste le temps nécessaire pour apprendre la manière exacte de pratiquer les procédés balnéaires prescrits, de seize à dix-huit cents malades logent à la fois dans le village ou se répandent dans les hameaux environnants, et la foule est telle qu'on a imaginé, faute de place, de coucher et de prendre ses repas dans les wagons-lits, restant en gare de Tronckheim. »

L'hydrothérapie n'est appliquée sur une vaste échelle que depuis Priessnitz, qui, malgré son ignorance médicale presque complète, fit des merveilles avec le traitement par l'eau froide.

« Vincent Priessnitz, naquit en 1799 dans une ferme de Græfenburg dans les monts Sudètes (Silésie autrichienne) ; ses parents étaient des agriculteurs aisés : il reçut une assez bonne éducation qui développa en lui des qualités innées d'observation et le goût du travail.

« C'est à la suite d'observations faites sur les animaux, puis d'une cure faite sur lui-même que sa confiance dans l'eau froide s'affermit et qu'il se fit un devoir d'en propager l'usage. On cite de lui une expérience bien curieuse et qui montre son désir de se rendre compte des effets que l'on peut obtenir par l'eau froide. Deux jeunes porcs furent nourris l'un uniquement d'aliments froids l'autre exclusivement d'aliments chauds ; quand on les tua, on trouva chez le premier des intestins blancs et résistants et chez l'autre des intestins rouges mous, impropres à faire des saucisses, d'où il tira la conclusion que l'eau froide fortifie considérablement l'économie..........

» On sait la vogue extraordinaire de Priessnitz qui mourut en 1852 après avoir amassé, dit-on, une fortune de plusieurs millions. Il eut la rare chance de soigner les têtes couronnées, les diplo-

(1) *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, mai 1892.

---

pendant leur stage d'un an les médecins de réserve, on aura résolu le double problème d'alléger la tâche des médecins des corps de troupe et d'épargner au pays la dépense considérable, qui résulterait d'une augmentation des cadres du service de santé de l'armée active.

Les médecins auxiliaires, a-t-on dit, ont été institués pour seconder les médecins des corps de troupe. Certes nous rendons pleine justice au zèle et à la valeur scientifique des médecins auxiliaires. Mais toutes leurs qualités peuvent, dans certains cas, ne pas trouver grâce devant l'omnipotence du commandement. Par suite leur présence au corps devient d'une inutilité absolue, comme le prouve l'épisode suivant que nous tenons d'un médecin-major du service actif :

Il y a un an un régiment d'infanterie d'une garnison de l'Ouest recevait, pendant la période d'appel des réservistes, deux médecins auxiliaires, l'un interne des hôpitaux dans une grande ville, l'autre externe des hôpitaux de Paris. Le service de santé de la garnison était assuré par deux médecins-majors, l'un de 1re classe et l'autre de 2e classe, et comprenait un hôpital et 3 casernes, ces quatre établissements étant très éloignés les uns des autres.

Un jour, le médecin-major de 1re classe crut devoir se faire assister par son collègue de 2e classe dans une opération chirurgicale qu'il avait à pratiquer à l'hôpital, et désigna les deux médecins auxiliaires, pour accompagner deux bataillons du régiment à une manœuvre qui avait lieu à 6 kilomètres de la ville. Ces deux médecins étaient pourvus de tout ce qui était nécessaire pour l'exécution du service dont ils étaient chargés (voiture régimentaire pour ramener les malades, infirmiers porteurs de sacs d'ambulance).

Arrivé sur le terrain des opérations, le colonel du régiment est pris d'indignation, en voyant que le service de santé a été confié à des médecins auxiliaires, et séance tenante, il expédie au médecin-major de 2e classe l'ordre de se rendre à la manœuvre. L'après-midi il faisait appeler le médecin-major de 1re classe et lui reprochait de n'avoir pas assuré le service à la manœuvre du matin. Le médecin-major eut beau lui représenter que les médecins auxiliaires qu'il avait envoyés à la manœuvre étaient par leur intelligence, leur valeur scientifique et leur dévouement à la hauteur de leurs fonctions, il ne put obtenir de son colonel que cette réponse : « Ce ne sont pas des médecins, ce sont des adjudants. »

mates, les savants de son époque et le plus souvent de les guérir, alors que les maîtres de la science médicale avaient échoué. Cet homme, dont les procédés étaient absolument empiriques, fut cependant le promoteur de l'hydrothérapie scientifique moderne ; le mouvement qu'il avait provoqué en faveur de l'emploi de l'eau en médecine était tel que de nombreux médecins étudièrent sans parti pris les effets de l'hydrothérapie sur tous les organes. Depuis, le Traité d'hydrothérapie de Fleury, résuma toutes les connaissances que l'on avait sur ce sujet ; il fut suivi par de nombreux disciples qui ont perfectionné à l'extrême les méthodes hydrothérapiques. »

Le curé de Wœrishofen emploie l'hydrothérapie à sa manière, d'une façon plus simple et plus douce qu'on ne le fait d'ordinaire dans les établissements balnéaires, surtout ceux de l'Allemagne, où l'on est encore sous l'influence de Priessnitz et où les cures sont en général violentes et éprouvantes.

Ses procédés opératoires se renouvellent ordinairement dans une même journée ; ils sont de courte durée, et, pour les abréger autant que possible, afin d'éviter de prendre froid, défense est faite de s'essuyer en sortant de l'eau, car on admet à Wœrishofen, que le fait de ne pas s'essuyer et de laisser sur le corps une couche de liquide, facilite la réaction.

« Après une application froide, écrit l'abbé, quelle qu'elle soit, il ne faut jamais essuyer le corps, excepté la tête et les mains (ces dernières pour ne pas mouiller les habits). On recouvre immédiatement le corps de la chemise sèche et des autres effets d'habillement, en toute hâte, pour le soustraire complètement à l'air extérieur. Cette manière de faire paraît singulière à beaucoup de personnes, parce qu'elles s'imaginent que, de cette façon, on reste mouillé toute la journée. Qu'elles fassent donc un essai avant de porter un jugement. . . . .

Par contre, il ordonne strictement que, au sortir de chaque application d'eau, après s'être habillé, on se donne du mouvement (en se promenant ou en travaillant), jusqu'à ce que toutes les parties du corps soient séchées et revenues à la chaleur normale. . . »

Ainsi donc, la rapidité des opérations et le non-essuyage sont une des caractéristiques du système Kneipp. Puis, à l'encontre de ce qui se passe dans les instituts hydrothérapiques, où l'on croirait faillir à tous les bons principes en ajoutant quelques substances à l'eau pure, l'abbé ordonne très souvent des bains de décoction de plantes ou des maillots et des fumigations, dans lesquels les produits du règne végétal jouent un grand rôle ; il fait boire aussi, concurremment au traitement externe, des tisanes variées.

Quels sont donc les procédés employés par l'abbé Kneipp ?

I. — *Les Moyens de s'endurcir.*

II. — *Les Moyens hydrothérapiques proprement dits.*

. . . .

I

— *Moyens de s'endurcir.* Ce sont : 1° La promenade nu-pieds. 2° La marche dans l'herbe ou sur les dalles mouillées, ou dans la neige fondante. 3° L'affusion des genoux.

La promenade nu-pieds dure 15 à 30 minutes et plus ; on la fait d'abord avec les bas, puis on marche pieds-nus, dans l'eau froide jusqu'aux chevilles.

La marche dans l'herbe mouillée le matin, soit imbibée de rosée, soit arrosée artificiellement, est applicable à tous les âges et à tous les états. Elle doit durer 20 à 45 minutes ; on peut l'exécuter simplement sur des dalles mouillées. Les pieds sont nettoyés de la terre ou des débris qui ont pu y adhérer, mais on ne les essuie pas, on les couvre de bas bien secs et de souliers pour marcher très rapidement pendant un quart d'heure sur un terrain sablonneux ou pierreux. Cet exer-

---

Ajoutons que ce jour-là, il n'y avait pas eu un seul malade à la manœuvre.

Nous aurions plus d'un fait de ce genre à citer ; mais celui-là suffit à montrer que pour certains chefs militaires, la valeur d'un médecin se déduit du grade dont il est revêtu. Par suite, quel que soit le mérite des médecins auxiliaires, il vaut mieux, pour les utiliser dans l'armée, attendre que leur diplôme de docteur les mette à même d'obtenir une situation plus en rapport avec l'importance des services que l'on est en droit d'attendre d'eux.

En constatant que l'intérêt de l'armée, d'accord avec celui des études médicales, exige que les médecins accomplissent leur année de service avec le grade d'aide-major, nous n'avons pas un seul instant la pensée de demander qu'ils soient l'objet d'un privilège. La situation que nous demandons pour eux, est celle que détermine l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889 en faveur des élèves de l'école polytechnique admis dans les services civils et des élèves de l'école forestière admis dans l'administration des forêts. Ces jeunes gens sont nommés sous-lieutenants de réserve et accomplissent en cette qualité, dans un corps de troupe, leur troisième année de service. Les deux années d'étude sont comptées comme années de service.

Quel motif pourrait-on alléguer pour dénier aux étudiants en médecine la participation aux dispositions bienveillantes de l'article 23 de la loi du recrutement en faveur des élèves de l'école polytechnique et de l'école forestière ?

Ne sont-ils pas astreints, comme ces derniers, à de longues et pénibles études ? N'ont-ils pas comme eux de rudes épreuves à subir pour être jugés aptes à la profession, qui est le but de leurs travaux ?

Les avantages conférés aux élèves de ces écoles, ne sont-ils pas mérités au même titre par le médecin qui vient d'obtenir son diplôme de docteur à la suite de cinq années au minimum d'études longues et pénibles, et après une série d'examens extrêmement difficiles ?

C'est donc, non seulement une satisfaction à donner aux grands intérêts de l'armée, mais un acte de justice et d'équité à accomplir.

Quelles objections pourrait-on nous opposer ?

C'est ce que nous examinerons dans notre prochain article.

CORRESPONDANCE

(Suite)

Dr R., 2288. — Oui, le service d'inspection des enfants assistés est confié, de préférence, à des médecins. C'est au ministère de l'intérieur, à M. Monod, directeur de l'Assistance publique de France, que vous devez vous adresser. Une absence vous explique le retard de notre réponse.

Dr L., à N. (Côte-d'Or). — Selon votre désir, nous exposons à nos lecteurs la méthode de Kneipp. Les résultats qu'on annonce demandent le contrôle d'une expérience prolongée ; l'engouement, la suggestion ne sont pas rares en médecine, avec une mise en scène qui frappe l'imagination des patients.

Dr P. B., à R. — Nous vous remercions de votre don à la Société du Concours. Il est des confrères que nous nous efforçons d'obliger, qui devraient bien suivre votre témoignage de solidarité confraternelle.

Dr B., à D. (Ardennes). — A votre disposition, pour vous être utile.

M. L., méd., à A. — Votre don a été inséré à la correspondance et nous vous en remercions d'autant plus que vous êtes un nouveau venu, que nous n'avons jamais obligé et à qui nous devons plusieurs adhérents.

Dr B., à St-X. — Nous notons votre promesse de don à la Société, à l'occasion de votre remplacement.

Dr S., à R. (Ardennes). — En effet, vous aviez oublié un zéro. Le Conseil général vote 6000 et non 600. Alors nous comprenons.

Dr A., à G. (Tarn). — Nous vous avons fourni le renseignement. Nous espérons que votre fils voudra bientôt devenir membre du Concours.

Dr A. C., à L. T. (P.-d.-C.). — Nous avons indiqué votre offre si confraternelle.

Dr D., à O. (L.-et-Cher). — Des vacances de deux semaines que nous nous sommes permises, nous ont empêché de répondre à votre lettre. Vous ne pouvez vous opposer à l'inspection de l'immeuble appartenant à la commune et dont elle vous a donné la jouissance pendant 12 ans. Si vous n'avez rien stipulé pour le service des indigents, vous ne pouvez vous opposer aux inscriptions. En fait, pourtant, vous pourriez, quand il y a lieu, contester la réalité de l'indigence.

Dr D., à A. (Nord). — On vous a envoyé les imprimés nécessaires pour la constitution d'un syndicat. Nous formons des souhaits pour le succès de l'entreprise. Le journal est toujours mis à la poste le vendredi soir ; s'il y a des retards, réclamer à votre service local ou mieux au Directeur général des Postes, c'est cette administration qui est seule responsable. Nous ne connaissons la formule Bassu que par approximation. Le prix de ce remède est d'ailleurs si minime qu'on peut le payer sans difficulté.

Dr C., à P. — Nous retenons votre promesse de don, dès que vous aurez abouti dans vos pourparlers.

Membres du Concours exerçant dans les stations thermales.

Ax (Ariège).
Dresch.
Bagnères-de-Luchon.
P. Ferras.
Bains (Vosges.)
Pommageot.
Bondonneau (Drôme).
Cazenave de la Roche.
Bouqueron-les-Eaux (Isère).
Gaillard.
Bourbon-Lancy.
Goëde.
Cauterets.
Duhourcau. — Miquel-Dalton. — Pedebidou. — Bordenave.
Capvern-les-Bains.
Claverie.
Challes (Savoie).
G. Petiau.
Contrexéville
Debout d'Estrées.
Eaux-Bonnes.
Le Riche.
Enghien-les-Bains.
Callias.
Evian-les-Bains.
Rocque. — Dumur.
Gérardmer.
Greuell.
La Bourboule.
Meneau. — Nicolas. — Noir. — Olivier. — Veyrières.
Lamalou-l'Ancien.
Donadieu.
Luxeuil
Barbaud.
Mont-Dore.
Geay. — Tardieu.
Motte-les-Bains (Isère).
De Langenhagen.
Néris-les-Bains.
Morice. — Allot.
Pougues-les-Eaux.
Mignot.
Royat.
Puy-le-Blanc.
St-Honoré-les-Bains.
Marius Odin. — Comoy.
Salies-de-Béarn.
Vigneau.
Salins.
Bourny. — Compagnon.
St-Sauveur.
Sabail.
Ussat-les-Bains.
Cenac.
Vals.
Lagarde.
Vichy.
Aurillac. — Charnaux. — Fournier. — Frémont. — Grellety. —Navault.—Therre.— Veillon.

cice est excellent contre les maux de gorge et les congestions encéphaliques.

Une promenade du même genre, dans la neige fondante ou dans le givre est encore plus énergique, pourvu qu'on ait bien chaud avant de commencer et que la température atmosphérique soit au-dessus de O. Enfin, on peut marcher de une à cinq minutes dans une cuve ou une baignoire remplie d'eau froide jusqu'à la cheville ou même jusqu'aux genoux. Le point capital est de ne pas rester immobile ; il faut marcher dans l'eau ou remuer constamment les pieds.

L'affusion des genoux consiste à verser de l'eau froide sur les genoux d'une hauteur variable à l'aide d'un arrosoir. C'est le plus énergique de tous les moyens d'endurcir. C'est un remède violent, parfois difficile à supporter, secouant toute l'économie, Kneipp dit : « C'est l'amie intime des pieds », dans les veines desquels, elle attire un sang plus abondant.

II

Moyens hydrothérapiques, proprement dits :

« En fait de *moyens hydrothérapiques proprement dits*, l'abbé Kneipp ordonne des *compresses*, des *bains simples*, des *bains de vapeur*, des *affusions*, des *lotions*, des *maillots* et l'*eau prise en boisson*. Il n'y aurait pas à parler de ces opérations bien connues de tous ceux qui se sont occupés de traitements par l'eau froide, si l'abbé ne leur avait fait subir une série de modifications, toujours en vue de les mieux adapter aux besoins de sa clientèle. En les passant en revue, nous n'insisterons que sur celles qui offrent quelques particularités.

« L'effet que veut obtenir l'abbé Kneipp par les *compresses* est en général d'accroître la quantité de calorique de l'économie, afin, d'après lui, de *volatiliser et d'attirer au dehors les humeurs malsaines*; il ne fait donc point usage de la compresse sédative antiphlogistique où le linge appliqué directement sur la peau est fortement trempé et renouvelé toutes les cinq minutes, de façon à faire baisser la température de la région. Il a peur de la soustraction du calorique, ne voulant pas enlever à l'organisme un élément de guérison ; il blâme absolument l'application de la glace dans une vessie ou dans un linge ; il considère que c'est une pratique erronée que de soumettre une portion du corps à un froid excessif pendant un temps prolongé, que c'est un remède trop violent qui amènera la perte de la vue, la surdité, des rhumatismes ou des névralgies dont on aura de la peine à se débarrasser ensuite. Pour lutter contre une inflammation violente localisée, au lieu d'un remède topique, qui le plus souvent irrite la région et augmente en fin de compte la chaleur, il préfère attirer le sang ailleurs, distribuer l'inflammation sur une grande surface et pour cela il fait des applications sur les points d'alentour de façon à abaisser la température générale, et les applications sur l'endroit malade ne viennent qu'ensuite. Par conséquent, la compresse qu'il emploie est la compresse dite excitante faite au moyen d'une toile grossière peu mouillée, tordue et laissée en place de quarante-cinq minutes à une heure, jusqu'à sensation d'échauffement pénible. Il fait principalement usage de la *compresse supérieure*, appliquée sur le devant du tronc et allant du cou à l'abdomen, pour les affections de l'estomac et de l'abdomen ; de la *compresse inférieure*, placée sur le dos et s'étendant de la dernière vertèbre cervicale au bas de la colonne vertébrale, cela pour l'apoplexie cérébrale et les maladies de la moelle ; de la *compresse abdominale* pour détourner le sang de l'estomac, de la poitrine et du cœur.

« Au lieu d'être mouillées avec de l'eau simple, ces compresses sont en général trempées dans une décoction de fleurs de foin, de prêles ou de paille d'avoine, ou encore dans de l'eau vinaigrée. »

Les maillots sont destinés à agir comme révulsifs, c'est-à-dire à empêcher un afflux excessif du sang à une certaine partie, à détourner le sang de cette partie et à attirer au dehors les trop grandes chaleurs.

Un maillot doit être appliqué au plus une heure ou une heure et demie ; plus longtemps il est mauvais, car le sang est attiré en abondance vers les régions profondes.

Une variété de maillot particulière à l'abbé Kneipp est *le châle*, grand carré de linge grossier, plié en forme de triangle, immobile et placé comme un châle ordinaire, de façon à « recouvrir les épaules et le dos en descendant jusqu'à la région lombaire ; à l'instar de tous les maillots, il doit être recouvert d'une enveloppe de laine ou d'un linge sec. Il est ordonné dans les maladies de la gorge et de la poitrine, ainsi que dans les affections cérébrales, comme l'hypochondrie et l'aliénation mentale. »

« Le *maillot des pieds* est à la fois simple et original ; on met une paire de chaussettes mouillées, et par-dessus des bas de laine bien secs, puis on se couche et l'on se couvre chaudement ; on peut remplacer les chaussettes par des bandes de toiles trempées dans de l'eau vinaigrée et recouverte de flanelle ; souvent l'abbé fait remonter ces bandages jusqu'au-dessus des genoux, de façon à produire la révulsion sur une plus grande surface, ce qu'il dit lui avoir admirablement réussi dans les pneumonies, dans les pleurésies et dans la péritonite. »

Pour faciliter l'opération des maillots plus complets, l'abbé a inventé d'employer simplement, soit une chemise mouillée, soit un grand peignoir à manches d'étoffe grossière qu'il appelle *manteau espagnol* ; ainsi revêtu, on se met au lit en s'enveloppant dans sa couverture de laine et en se couvrant d'un édredon.

Le *maillot pour la partie inférieure du corps*, allant des aisselles aux pieds, se fait très facilement avec un vieux sac à blé ou à avoine un peu usé pour qu'il soit plus souple ; le sac est trempé dans l'eau, on le tord et on l'enfile comme un pantalon, puis on se met au lit dans sa couverture de laine, chaudement recouvert comme pour tous les maillots. L'abbé Kneipp se sert encore de ce même sac à blé pour ce qu'il appelle le *demi-maillot* ; on s'enroule dans la longueur du sac qui constitue une compresse à deux épaisseurs et qui a précisément, en largeur, les dimensions voulues pour aller des aisselles au milieu des cuisses. Fidèle à ses principes, pour ne pas agir sur une trop grande surface et pour ne pas fatiguer l'économie, l'abbé emploie avec prédilection ce *demi-maillot* qui, suivant lui, est aux autres maillots ce qu'est le cheval limonier aux autres chevaux dans l'attelage :

« Ce topique admirable, dit-il, trouve les applications les plus diverses dans les engorgements de l'estomac, dans les maladies du cœur et des

poumons, dans différentes infirmités de la tête et de la gorge. »

Les bains sont *partiels* ou *entiers*. En règle générale, le bain chaud sera suivi d'une immersion froide de courte durée.

Les bains de pieds sont d'une grande utilité : froids ou chauds ; froids, d'une durée de une à trois minutes, pour détourner le sang de la tête, et procurer le sommeil aux personnes qui souffrent d'insomnie ; chauds, d'une durée de 15 minutes, toujours suivis d'un bain de pieds froid d'une demi-minute. Ils sont excellents pour les goutteux, les rhumatisants. L'abbé y ajoute des fleurs de foin, de la drèche, etc.

On peut employer aussi les *demi-bains* de courte durée et froids. Le malade se tient debout dans une grande cuve avec de l'eau jusqu'au-dessus des mollets ou des genoux ; on le fait agenouiller, pour immerger entièrement les jambes.

Les bains généraux sont peu usités maintenant à Wœrishofen. Les bains froids, pour être salutaires, doivent être très courts ; celui qui reste une minute dans un bain froid agit plus sagement que celui qui y reste cinq minutes.

Pour l'abbé Kneipp, le maximum de durée d'un bain froid aussi bien pour une personne saine que pour un malade doit être *de 3 minutes*.

« Le bain froid complet rentre dans la catégorie des grands remèdes qu'on ne doit employer que deux fois par semaine pour éviter toute déperdition des forces. Ses conseils sur la manière de le prendre sans danger et en en retirant tout le bien possible sont des plus judicieux :

« Pour être dans les dispositions voulues pour un bain froid général, il faut que le corps tout entier soit parfaitement chaud. Si donc vous vous êtes bien réchauffé, soit auprès du poêle, soit par le travail ou la marche, vous vous trouvez dans l'état prescrit. Quand, au contraire, vous éprouvez quelque frisson ou que vous avez les pieds froids, ne prenez jamais un bain froid général, avant de vous être convenablement réchauffé par un exercice. Si, par contre, vous transpirez ou que vous soyez même tout en nage, ne craignez rien, mais prenez tranquillement votre bain froid général (pourvu toutefois que vous soyez bien portant). Il y a beaucoup de gens, même des gens de réflexion et de sang froid, qui ne craignent rien tant que l'immersion froide quand le corps est en sueur. Et pourtant rien n'est moins dangereux. Oui, j'ose soutenir la proposition bien étudiée et basée sur une longue expérience : plus la sueur est abondante, mieux cela vaut, *et plus le bain sera efficace.* »

« Après ce bain, comme après toutes les immersions dans l'eau froide dont il a été question, il faut s'habiller aussi vite que possible, sans s'essuyer, remettre des vêtements bien secs et se livrer à un exercice d'au moins un quart d'heure, jusqu'à ce qu'on soit complètement séché et réchauffé. »

Les bains chauds se donnent de deux façons :

1° Pour augmenter la chaleur du corps, on reste 25 à 30 minutes dans l'eau à 33° ; puis on se plonge sans transition pendant une minute dans de l'eau absolument froide.

2° Pour éliminer les déchets de désassimilation, on se plonge à 3 reprises tour à tour dans de l'eau chaude à 38° ou 40°, puis dans de l'eau très froide, finissant par l'eau froide.

C'est le bain *à triple alternative.*

10 minutes, dans l'eau chaude,
1 minute, dans l'eau froide,
répété trois fois.
Total : 33 minutes.

Ceci est d'ailleurs de l'ancien système, car l'abbé Kneipp ne donne presque jamais d'eau chaude aujourd'hui.

On fait encore usage à Wœrishofen de *bains de vapeur de tête*, de fumigations de vapeurs chaudes aromatisées avec des plantes (sauge, menthe, sureau, plantain, fenouil).

Ces fumigations durent 20 à 25 minutes, et se terminent par un lavage à l'eau froide, ou par un bain froid.

« Pour le bain de vapeur partiel appelé *bain de vapeur de pieds*, le patient est assis sur une chaise de bois, les pieds appuyés sur une planchette qui surmonte le baquet et les genoux recouverts d'une couverture de laine tombant à terre. C'est en réalité le bain de vapeur de toute la partie inférieure du corps. A ces deux modes de bains de vapeur, l'abbé ajoute parfois le bain de vapeur de siège ou le bain de vapeur localisé sur un membre ; tous peuvent se prendre à domicile, sans aucune installation préalable ; ils remplacent les étuves, les caisses et les hydrofères, mais tous, même réduits à ces proportions, constituent encore un traitement énergique auquel il ne faut avoir recours qu'une ou deux fois par semaine.

« A Wœrishofen, les *affusions* remplacent les douches ; elle se font à l'aide du petit arrosoir dont les jardiniers se servent dans les serres et qu'on peut aisément tenir d'une seule main ; ainsi se donnent l'*affusion des genoux*, l'*affusion* dite *supérieure*, qui s'administre sur le dos et les deux épaules ; l'*affusion dorsale*, c'est la précédente descendant plus bas ; l'*affusion* dite *inférieure,* qui est celle du genou remontant sur les cuisses ; enfin l'*affusion totale*, qui se fait sur tout le corps avec deux arrosoirs en avant et en arrière. Si l'ont veut produire d'abondantes résolutions et sécrétions, on trempe une chemise dans l'eau froide, on la met en guise de maillot immédiatement après l'affusion totale et on la garde une heure et même davantage.

Tels sont les principaux moyens employés par l'abbé Kneipp ; il faut y joindre encore les douches qu'il n'utilise que depuis peu de temps. ».

Il a, comme nous le disions en commençant une vogue extraordinaire en Allemagne.

Les résultats sont souvent remarquables et ont été aussi favorables à ceux qui les ont contrôlés. Nous ne saurions donc trop engager nos lecteurs à essayer sur eux-mêmes et à modifier un peu leurs préjugés sur l'hydrothérapie.

L'eau froide est d'une puissance prodigieuse appliquée, d'après la méthode de Kneipp, dans la chlorose, l'anémie, le nervosisme, la neurasthésie, les affections de l'estomac, la lithiase biliaire, la goutte, le rhumatisme chronique, certaines affections aiguës, les angines, les amygdalites, les congestions encéphaliques, les méningites, etc.

Nous n'en avons malheureusement pas assez l'expérience en France, pour fournir des résultats statistiques précis.

Dr P. Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I.

Le stage dans les hôpitaux.

Voici le texte de la réglementation nouvelle que le Conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique vient d'adopter pour le stage des étudiants en médecine dans les hôpitaux.

Du stage.

1° Tous les étudiants en médecine feront, dans les hôpitaux de Paris, un stage, dont la durée ne sera pas inférieure à trois années.

Les étudiants accompliront ce stage pendant leurs deuxième, troisième et quatrième années d'études.

Pendant les deux premières années de stage, les élèves seront attachés aux services généraux de médecine et de chirurgie.

Pendant la troisième année, les élèves seront attachés pendant un trimestre aux services d'accouchements. Ils devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et syphilitiques, aux maladies nerveuses, aux maladies mentales, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires.

2° Les élèves stagiaires seront répartis par groupe de vingt dans les services affectés à l'enseignement.

3° Chacun des groupes de stagiaires sera composé d'élèves appartenant à une année de stage.

4° Pendant toute la durée de cet enseignement, l'élève devra être exercé individuellement à la recherche des symptômes des maladies. Il devra prendre part personnellement à l'examen des malades.

Répartition dans les hôpitaux entre les médecins chargés de cet enseignement. — Répartition des élèves stagiaires.

5° Les services affectés à l'enseignement pendant les deux premières années du stage sont : 1° les services de clinique générale de la Faculté de médecine ; 2° des services pris parmi ceux qui sont dirigés par des médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux généraux.

Les services affectés à l'enseignement pendant la troisième année sont : les chaires d'accouchement et de clinique spéciale de la Faculté de médecine ; 2° des services pris parmi ceux qui sont consacrés aux accouchements et aux spécialités dans les divers établissements hospitaliers.

M. le directeur de l'Assistance publique désignera, dans les différents hôpitaux, le nombre des services dirigés par des médecins, chirurgiens et accoucheurs qui, dans chaque hôpital, sera affecté à cet enseignement.

6° Les médecins, chirurgiens et accoucheurs, qui désireront être chargés de l'enseignement des stagiaires, adresseront leur demande, avant le 15 juin, à M. le directeur de l'Assistance publique.

Celui-ci convoquera une commission composée, pour la Faculté de médecine de quatre membres : le doyen et trois professeurs délégués par la Faculté ; pour l'Assistance publique, de quatre membres : le directeur et trois membres du Conseil de surveillance.

Le directeur présidera la commission. En cas de partage, la voix du président sera prépondérante.

Le directeur soumettra à la commission le projet de répartition des services dans les différents hôpitaux, la liste de demandes adressées par les médecins, chirurgiens et accoucheurs.

Le doyen de la Faculté indiquera le nombre des élèves soumis au stage.

La commission dressera une liste de présentation comprenant pour chaque place deux noms, si cela est possible.

Cette liste sera adressée à M. le ministre de l'instruction publique, qui nommera les médecins, chirurgiens et accoucheurs chargés de ces cours.

7° L'enseignement durera du 1er décembre au 15 juin. Les titulaires des cours seront nommés pour trois ans. Les élèves seront répartis de façon qu'ils passent trois mois dans un service de médecine et trois mois dans un service de chirurgie.

Le professeur donnera, à la fin du cours, des notes sur le travail de chaque élève. Ces notes seront transmises, par les soins du directeur de l'Assistance publique, au doyen de la Faculté, pour être jointes au dossier de l'élève.

8° Chaque professeur recevra de l'Etat une indemnité annuelle de 3.000 francs.

Aucun frais ne résultera pour l'Assistance publique de cet enseignement.

9° La répartition des élèves dans les cliniques de la Faculté et dans les services désignés par la commission sera établie à la Faculté par son doyen.

Au moment où leur nom sera appelé, les élèves de troisième année de stage désigneront le service d'accouchements dans lequel ils désirent faire leur stage, ainsi que l'époque de ce tirage, puis le ou les services spéciaux qu'ils veulent suivre.

Les stagiaires de deuxième année seront de préférence répartis dans les hôpitaux du centre, les stagiaires de première année dans les hôpitaux excentriques.

La liste de répartition sera transmise à M. le directeur de l'Assistance publique, qui délivrera des cartes d'entrée dans les hôpitaux aux élèves.

10° Les élèves internes et externes des hôpitaux qui, pendant la durée de leur service hospitalier, n'auraient pas été attachés à un service d'accouchements, devront faire un stage dans un de ces services. S'ils le préfèrent, ils seront admis à accomplir un stage de deux mois à la clinique Baudelocque, de dix heures du soir à huit heures du matin.

11° La commission étudiera dans quelles conditions les spécialités pourraient être enseignées dans l'après-midi, en combinant les heures de façon à ne pas entraver les exercices pratiques exigés par la Faculté pendant la même période scolaire.

12° Si l'Assistance publique autorise la création de cours libres, payés directement par les élèves, les chefs de service, qui pourraient être appelés à siéger dans les jurys d'examen de la Faculté, ne recevront pas cette autorisation.

13° La discipline dans l'intérieur de l'hôpital appartient au directeur de l'établissement.

II

Quelques jugements intéressants.

Les grimoires de la Justice sont en général assez fastidieux ; on y trouve pourtant, de temps à autre, quelques compensations à l'ennui que procure sûrement leur lecture.

Le *Journal de médecine de Paris* relate un jugement du tribunal civil de Bordeaux qui fixe un point assez controversé : il admet que dans les consultations *il est d'usage d'allouer au médecin de la famille un honoraire égal à celui des autres médecins appelés en consultations.* Il admet aussi que les tribunaux, pour déterminer le montant des honoraires dus aux médecins, *doivent se rapporter aux usages locaux et à la situation pécuniaire du client.*

Voici d'ailleurs ce jugement :

Le médecin avait demandé 610 francs, son client en offrait 347 ; le tribunal a décidé qu'il en devait 480 par les motifs suivants :

Sur les prix des visites :

Attendu qu'il est d'usage à Bordeaux de payer les visites de jour des médecins à raison de 5 francs l'une ; que la situation de fortune de X... ne justi-

de la réduction des visites à lui faites au chiffre de 4 francs l'une, que, par suite, le premier article du compte doit être maintenu;

Sur le prix des consultations,

Attendu qu'il est d'usage d'allouer au médecin de la famille un honoraire égal à celui des autres médecins appelés en consultation avec lui, que les démarches auxquelles doit se livrer ce dernier pour convenir avec ses confrères du jour et de l'heure de leur consultation, justifient cette égalité de traitement dans les honoraires;

Attendu que le prix des consultations à Bordeaux est de 20 francs l'une; que, par suite, les deux consultations auxquelles le demandeur a assisté lui donnent droit à un honoraire d'ensemble de 40 francs, au lieu de 50 francs, somme par lui réclamée;

Sur la visite de nuit;

Attendu qu'il convient de maintenir le chiffre de 20 francs réclamé par F...

Mais, sur le reste du traitement dont le prix est réclamé au client, le tribunal donne tort au médecin :

Attendu que l'opération dont il s'agit ne présente aucune difficulté ; qu'un honoraire de 5 francs pour chaque opération est suffisant, avec d'autant plus de raison que F... était le médecin de la famille X... ; par suite son compte doit être réduit de ce chef de 310 fr.

Mais les médecins n'ont pas de démêlés qu'avec leurs clients : Messieurs les Concierges prétendent parfois leur faire la loi et leur montrer leur toute puissance.

Le jugement suivant, que nous trouvons dans *le Mouvement thérapeutique médical* pourra rabattre quelque peu de leurs prétentions. Il a de plus le très grand intérêt d'établir nettement la responsabilité du propriétaire, en cas de méfaits du concierge.

Attendu — dit le jugement — qu'il résulte des débats, ainsi que des enquêtes auxquelles il a été procédé en exécution d'un jugement avant faire droit de cette chambre du 4 mars 1891, que le docteur B..., locataire d'un appartement dépendant d'une maison sise à Paris, 33, rue des Petits-Champs, appartenant à de F..., a eu, à plusieurs reprises, à se plaindre des concierges, les époux C...;

Que la concierge refusait de recevoir et de remettre les lettres et papiers qu'on apportait pour le docteur B..., qu'elle a maintes fois, gardé ou remis tardivement des lettres et des cartes, dans des cas pressants et graves ; qu'elle ne répondait pas ou qu'elle répondait grossièrement aux personnes qui venaient le demander;

Qu'enfin, le jour où le docteur B..., a quitté la maison, les époux C... ont poussé la malveillance jusqu'à suspendre à une fenêtre donnant sur la cour, une lanterne vénitienne multicolore avec, d'un côté un tronçon de boudin, de l'autre un morceau de morue, et, au milieu, une grande pancarte sur laquelle étaient écrits, en grosses lettres, ces mots : « bon voyage »;

Attendu qu'après son départ de la maison, la concierge, bien qu'elle connût la nouvelle adresse du docteur B..., refusait de la donner, répondant aux personnes qui la lui demandaient : « inconnu », ou bien : « parti sans laisser d'adresse », etc., etc.

Attendu que le docteur B..., établit qu'il a aussi directement averti le propriétaire de cet état de choses, qui lui causait un grave préjudice ; il n'a pas été plus heureux dans ses démarches auprès du propriétaire qu'il ne l'avait été auprès du gérant ; qu'il n'a même pas reçu de réponse de F..., etc.

Par ces motifs,

Condamne les époux C... et de F... à payer conjointement au docteur B..., pour les causes susénoncées, la somme de 1,000 francs.

Condamne les mêmes en tous les dépens.

BULLETIN DES SYNDICATS

Un syndicat en formation dans le Calvados.

Nous apprendrons vraisemblablement à bref délai la constitution d'un ou plutôt de plusieurs syndicats médicaux dans le Calvados.

Le Dr Barette, de Caen, a profité de la réunion du 26 juin, à Honfleur, pour rassembler, après les séances de l'Association des médecins du Calvados et de la Société de médecine, les confrères présents et leur exposer le résultat qu'il a obtenu par le dépouillement des feuilles questionnaires qu'il avait envoyées et qui lui ont été retournées.

Sur 148 médecins, 88 ont répondu et sur ce nombre 86 sont favorables à l'organisation syndicale.

Après avoir résumé dans un tableau synoptique la répartition des réponses et des abstentions dans les diverses villes et arrondissements, le Dr Barette analyse, dans l'*Année médicale de Caen*, les réponses de ses confrères :

I. — *Utilité de l'association syndicale.*

Les chiffres énoncés au tableau ci-dessus, montrent combien sont unanimes les réponses. Oui de tous les côtés du département ; non seulement l'utilité existe, mais l'urgence est demandée de toutes parts. Contre quatre-vingt neuf réponses favorables, deux seulement sont dissidentes ; elles viennent du même arrondissement, une de la ville, l'autre d'un gros bourg. Nos confrères doutent que le syndicat puisse resserrer les liens de la confraternité médicale. « Là où les « médecins s'entendent, il n'y en a pas besoin, me « dit l'un d'eux, là où ils ne s'entendent pas, je ne « crois pas que le syndicat les rapproche. » — « L'Association syndicale paraît porter atteinte à « notre prestige ; elle serait mal accueillie dans « l'opinion publique », me dit notre confrère...

Ces raisons, mes chers confrères, étaient bonnes au début de l'organisation des syndicats ; consultez les collections du journal *le Concours Médical*, où on retrouve tous les incidents de cette organisation au début, et tous ses progrès depuis, et vous verrez que le meilleur moyen de supprimer toutes les difficultés est *d'entrer tous dans le mouvement*, franchement et sans arrière-pensée.

Notez-le bien, le jour où vous serez tous syndiqués, personne dans le public ne s'en étonnera. Quant au prestige, il est bien plus établi quand tous les membres d'une profession sont unis au lieu d'être isolés les uns des autres.

Mais n'insistons pas plus longtemps et attendons, de l'avenir et de l'exemple, l'aplanissement des préventions qui existent encore.

II. — *Le syndicat doit-il être départemental. — Doit-il y avoir des syndicats d'arrondissement ?*

Les réponses à cette double question ont été assez variées. Les uns pensent qu'il est préférable de faire un syndicat départemental tout d'abord. D'autres, très nombreux, et nous sommes de ce nombre, préfèrent voir d'abord s'organiser des syndicats d'arrondissement.

Nos confrères de l'arrondissement de Pont-l'Evêque, même, devançant notre enquête, ont commencé à poser les bases de leur syndicat ; nous les en félicitons sincèrement et nous souhaitons que tous les arrondissements suivent leur exemple. Il résulte de la discussion que nous avons faite à Honfleur que la formation des syndicats d'arrondissement est préférable pour commencer.

Les besoins des diverses régions du département, la richesse variable des populations qui les composent, les conditions noyices du sol et des difficultés plus ou moins grandes de l'exercice que l'on y rencontre, permettent de comprendre qu'il est bon

que les sociétés syndicales locales s'organisent d'abord. Tous nos confrères sont aussi d'accord sur l'utilité d'une entente commune sur les grandes questions qui nous intéressent, et pour cela une union syndicale départementale formée par les délégués des arrondissements est absolument nécessaire.

III. — *Améliorations les plus urgentes à obtenir.*

Ici, mes chers confrères, les réponses ne varient pas, l'unanimité est complète, et une simple énumération va vous permettre d'embrasser d'un seul coup d'œil le vaste programme que nous avions à étudier ensemble :

Amélioration équitable du tarif des honoraires.
Organisation du tarif kilométrique.
Etablissement de tarifs minima.
Recouvrement uniforme des honoraires.
Entente des médecins pour respecter les tarifs adoptés et ne point se faire entre eux de concurrence déloyale à la baisse.
Organisation de la médecine des indigents, spécialement dans les communes rurales.
Organisation de la lutte contre l'empirisme et l'exercice illégal sous toutes ses formes.

Pour beaucoup de ces questions, nous aurons à nous entendre avec l'administration départementale et communale et nous espérons que dans notre département comme dans beaucoup d'autres (Loiret, Seine-Inférieure, Manche, etc., etc.), nous réussirons à donner à l'administration un appui utile pour la solution du difficile problème de l'organisation de la médecine publique.

IV. — *Sociétés de secours mutuels et leurs tarifs. — Actes d'empirisme.*

Il nous est parvenu de tous les points du département une collection de faits des plus instructifs touchant ces deux questions.

Dans certains endroits, Vire, par exemple, il existe des sociétés de secours mutuels qui englobent patrons et ouvriers sous le même tarif et celui-ci est des moins rémunérateurs. Ce résultat se voit surtout dans les sociétés qui allouent une somme annuelle invariable à leurs médecins ; il y a là une injustice flagrante contre laquelle nous aurons à lutter. Nous nous plaisons toutefois à reconnaître que d'autres sociétés, celles des pompiers en particulier, allouent des prix de visite semblables aux prix minima des localités où elles existent ; c'est un exemple utile à montrer aux autres sociétés.

Quant aux actes d'empirisme, mes chers confrères, ils dépassent encore tout ce que j'avais pu prévoir dans l'exposé rapide de la question que je vous faisais il y a deux mois.

Dans chaque région on ferait un recueil des plus curieux en colligeant les faits qui, chaque jour, portent atteinte à la santé publique et à la loi sur l'exercice de la médecine. Là encore nous aurons à soutenir une lutte énergique et sans merci, et à démontrer aux pouvoirs publics les tristes résultats du laisser-aller dans la répression de l'empirisme.

C'est en étalant au grand jour, même sans personnalités, tous ces faits honteux que l'on pourra instruire peu à peu nos populations et leur montrer les dangers qu'elles courent en se laissant exploiter par nombre de gens sans aveu.

Et maintenant, mes chers confrères, que vous pouvez voir la tâche qui vous incombe, il est temps de vous grouper, de vous unir par arrondissements, de choisir parmi vous ceux qui voudront bien assumer la tâche de vous diriger dans le commencement de vos travaux. Ce choix, nous l'avons ébauché et nous vous prions de le ratifier et de grouper autour de vous, chacun dans votre région, ceux qui ont bien voulu envoyer leur adhésion au principe de l'association syndicale.

Délégués chargés de la formation des Syndicats d'arrondissement.

Arrondissement de Caen : Dr Barette, *à Caen*. — Dr Tessel, *à Luc-sur-Mer*.
Arrondissement de Bayeux : Dr Chodorowski, *à Bayeux*. — Dr Gassion, *à Balleroy*.
Arrondissement de Falaise : Dr Barbot, *à Falaise*. — Dr Gourdin-Servenière, *à Thury-Harcourt*.
Arrondissement de Lisieux : Dr Lesigne, *à Lisieux*. — Dr Ferragut, *à Saint-Pierre-sur-Dives*.
Arrondissement de Pont-l'Evêque : Dr Prévost, *à Pont-l'Evêque*. — Dr Massart, *à Honfleur*.
Arrondissement de Vire : Dr Pelvet, *à Vire*. — Dr Roger, *à Vassy*.

REPORTAGE MÉDICAL

Congrès de médecine intercolonial d'Australasie.

3e SESSION.

Sydney (New South Wales) : 26 au 30 septembre 1892.

Le prochain Congrès de médecine intercolonial aura lieu, le mois courant, à Sydney (Australie). La session s'ouvrira le 26 septembre et se terminera le 30 septembre 1892.

Voici la constitution du bureau :
Président : P. Sydney Jones, 16, College Street, Hyde-Park, Sydney, N. S. W.

Ce Congrès comprend 5 sections :
SECTION I. — *Médecine et maladies de la peau.* — *Président* : M. J. Robertson (Melbourne).
SECTION II. — *Chirurgie et maladies des yeux, des oreilles et du nez.* — *Président* : M. Gardner (Adelaïde).
SECTION III. — *Gynécologie, accouchements et maladies des enfants.* — *Président* : M. W. Balls-Headley (Melbourne).
SECTION IV. — *Hygiène publique, médecine légale, mentale et démographie.* — *Président* : M. H. H. Whittall (Adélaïde).
SECTION V. — *Anatomie et physiologie.* — *Président* : M. Brookes Allen (Melbourne).

Le Bureau du Congrès a fait les plus louables efforts pour attirer en Australie un grand nombre de médecins européens et des réductions considérables ont été obtenues des Compagnies anglaises pour atténuer autant que possible les frais de voyage.

Pour tous renseignements relatifs au voyage à prix réduit, s'adresser à M. le Dr Félix TERRIER, délégué français, 3, rue Copenhague, à Paris.

— *Le choléra en Europe.* — Le choléra asiatique semble devoir envahir toute l'Europe malgré les précautions prises. En Russie, le fléau s'est étendu dans un assez grand nombre de points ; et, officiellement, Saint-Pétersbourg est reconnu comme étant contagionné. En Allemagne, c'est un port de mer, Hambourg, qui est le premier atteint, et gravement atteint, puisqu'en onze jours, il y a eu près de 2000 cas, et 650 décès officiels ; il n'est pas douteux que Berlin ne soit bientôt atteint par la contagion.

Dans les autres pays, on prend toutes les mesures de quarantaine et de désinfection nécessaires.

En France, il y a eu jusqu'à présent des cas de choléra, qu'on pourrait appeler naturalisé, leur contagiosité n'est pas très considérable, et l'épidémie semble devoir s'éteindre, à Paris. On a constaté dans ces derniers jours des cas de choléra importés de la banlieue, qui se sont éteints sans donner naissance à des foyers, et, de plus, des cas de diarrhée cholériforme, mais sur place ; c'est-à-dire qu'il n'y a rien de changé depuis le rapport fait par M. Proust au nom de la commission. Néanmoins, on a pris la sage précaution de faire distribuer des instructions relativement aux cas de diarrhée cholériforme qui pourraient se produire ; on a reproduit les avis du conseil d'hygiène, et on a mis à la disposition du public, gratuitement, des paquets

de 25 gr. de sulfate de cuivre pour pouvoir désinfecter les vêtements, et les locaux souillés.

Il est vrai qu'on signale au Havre des cas de choléra, qui pourraient bien être du choléra d'importation, et par suite beaucoup plus contagieux ; le 27 août, il y a eu 71 cas, 25 décès ; le 28 août, 75 cas, 24 décès.

— *Déontologie médicale en Angleterre.* — Un procès en diffamation a été intenté au Dr Lawson Tait (de Birmingham) par le Dr Denholm dans les circonstances suivantes :

Ce dernier avait traité par l'électrolyse une malade atteinte de fibrome utérin ; dans une manœuvre opératoire, il se produisit une fistule vésico-vaginale. L'année suivante, la malade fut examinée par le Dr Tait, qui conseilla l'hystérectomie. Cette opération ayant été faite, la malade succomba à la suite. Le chirurgien, pour se disculper de toute faute opératoire, prétendit que si la malade avait succombé, cela dépendait du traitement antérieur, sans lequel l'opération aurait parfaitement réussi. L'autopsie fut demandée par le premier chirurgien ; elle démontra la fausseté des allégations de M. Lawson Tait.

L'audition des témoins et les plaidoyers duraient depuis deux jours, lorsqu'un accord est intervenu entre les parties, qui a mis fin au procès.

— *Scapulaire anticholérique.* — Nous considérons comme un devoir de reproduire la réclame suivante que signale l'*Echo de Paris* :

« Ces scapulaires, sur lesquels est brodée l'image de la Sainte-Vierge, et qui ont été bénis par notre Saint-Père le Pape, ont pour effet merveilleux de protéger les fidèles contre toute affection ou indisposition cholériforme.

« *Nota-bene.* — La longueur des rubans permet de faire descendre les scapulaires jusque sur le ventre. Placés sur cette partie du corps, ils arrêtent immédiatement la diarrhée.

« On peut se procurer, moyennant l'envoi de 4 fr. 50 par la poste, les scapulaires anticholériques, chez M. l'abbé G.... ancien aumônier de la marine, à Toulon (Var). »

Ce moyen de combattre le choléra et même la simple diarrhée, sera, nous n'en doutons pas, soumis à l'approbation du conseil d'hygiène.

— *Somnambule extra-lucide.* — Une gr. r.. rande somnambule, seule élève et successeur de Mlle Lenormand, vient d'être cueillie par la police dans son superbe appartement du quartier de l'Europe. Elle ne se contentait pas, paraît-il, de dire le passé, le présent et l'avenir ; mais, ayant, disaient ses prospectus, un médecin et une sage-femme attachés à son établissement, elle était toute disposée à conseiller utilement, et même à aider les jeunes personnes dans l'embarras. C'est pour cela et pour bien d'autres méfaits que la police a cru utile de lui demander quelques renseignements sur son passé ; après cela, on pourra, à coup sûr, lui prédire l'avenir.

— Par arrêté en date du 30 juillet dernier, M. le ministre de l'instruction publique et des Beaux-Arts vient de nommer médecin de l'Opéra M. le Dr Chervin, directeur de l'Institution des Bègues de Paris, dont les travaux sur la physiologie de la parole sont bien connus et qui dirige avec beaucoup de compétence une revue spéciale : *la Voix parlée et chantée*, revue éditée par la société d'Editions scientifiques et qui jouit auprès des médecins, des artistes et des amateurs d'une autorité justifiée.

— *Les robes à traîne et l'hygiène.* — Il vient de se former à Berlin une société, composée en majorité de dames, ayant pour but d'arriver à la suppression du port des robes à traîne, les queues traînantes des robes mettant en mouvement des poussières, qui peuvent renfermer les germes de maladies infectieuses.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3742. — M. le Dr Prompt, à Bourg-d'Oisans (Isère), membre de la Société des médecins inspecteurs du service de la protection du 1er âge.

N° 3743. — M. le Dr Michel de Monti Roni, à Palasca (Corse), présenté par M. le Directeur.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Viennent de paraître :

Thérapeutique psychique, par Lloyd Tuckey, M. D., traduit de l'anglais par le Dr David, de Sigean (Aude), membre fondateur de la Société d'hypnologie. — Prix : **3** fr. **50**, net : **2** fr. **80** pour MM. les membres du Concours médical.

Le plan de cet ouvrage — la 3e édition vient de paraître en Angleterre — a été conçu de telle façon que la lecture en est attrayante et éminemment suggestive aussi bien pour ceux qui sont familiarisés avec la science de l'hypnotisme que pour ceux qui y sont complètement étrangers.

Avec une impartialité dont nous ne saurions assez le louer, l'auteur anglais, tout en rendant hommage aux travaux de Brain, qui donne à l'étude de l'hypnotisme une vive impulsion, déclare qui Liébeault est le véritable créateur de la méthode suggestive. Mettant ensuite en parallèle l'Ecole de Nancy avec l'Ecole de la Salpêtrière, il montre celle-ci s'égarant dans des considérations théoriques, alors que la première se renferme sur le terrain expérimental et pratique.

L'auteur ne fait pas de l'hypnotisme une panacée universelle ; c'est, dit-il, un auxiliaire puissant pour le médecin. M. Pitres, l'éminent professeur de Bordeaux, a émis le même avis lorsqu'il terminait une de ses leçons en disant : « Toute la médecine n'est pas dans l'hypnotisme ; soyons médecin, mais non pas hypnotiseur. »

5me volume de la *Petite Encyclopédie médicale :*

Hygiène et salubrité de l'Ecole, par le Dr Raoul Laffon, un volume. — Prix : **3** francs, envoi franco contre mandat postal.

Cet ouvrage, qui est un véritable traité d'hygiène scolaire, a été honoré d'une médaille d'argent (1er prix) au Concours de l'année 1891 de la Société d'Hygiène de l'Enfance de Paris.

On y trouvera des renseignements exacts et précis sur la construction et la disposition des maisons d'écoles, sur leur mobilier, avec des chapitres spéciaux consacrés à la myopie scolaire, à l'éducation physique, à la discipline. Les maladies contagieuses, leurs premiers symptômes et leur prophylaxie à l'école sont aussi étudiés avec soin ; enfin, l'ouvrage se termine par des considérations intéressantes sur l'inspection médicale des écoles, la statistique sanitaire par les instituteurs, la vulgarisation de l'enseignement de l'hygiène et la nécessité de la création d'une direction de la santé publique.

Ce livre, fort complet, est écrit d'une façon claire et méthodique.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année N° 37 10 Septembre 1892

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Monsieur le Dr *Perron*, de Besançon, vient de succomber à l'affection qui, depuis bien longtemps, nous privait de sa collaboration. Nos lecteurs éprouveront, comme nous, de profonds regrets de cette perte. Notre confrère n'était pas un des maîtres de la science ; il était beaucoup plus qu'un maître : il était un de ces hommes prédestinés à la profession médicale ; il était un véritable prêtre de la médecine et il a honoré le sacerdoce médical, qui exige, peut-être plus que celui du prêtre, le dévouement, le sacrifice permanent. Il n'a jamais consenti à se soustraire à aucune des obligations étroites qui incombent au médecin de province, à l'avenir borné. Il savait élargir son horizon par des méditations constantes, qu'il traduisait en des écrits intéressants sur des recherches d'intérêt local et de philosophie générale. Pour nous, son titre le plus durable, est son *Traité de l'Honnêteté professionnelle*, qui vaut mieux que le plus savant ouvrage, car, il a fait et fera beaucoup de bien aux médecins. Il n'est que l'expression de la morale pratiquée par le Dr Perron dans sa glorieuse carrière, carrière sans retentissement, sans éclat et néanmoins glorieuse. Le mot n'est pas trop élogieux, puisqu'il s'applique à un humble de parti-pris, à un modeste par excellence.

Nous envoyons à sa veuve, à ses enfants, le témoignage sincère de nos regrets.

Il y a quinze jours, à peine, que nous lui écrivions pour le féliciter de l'amélioration que nous croyions s'être opérée dans sa santé. Il était mourant quand il se faisait lire notre lettre et voici les dernières lignes qu'il pouvait tracer au crayon : « *Je ne veux pas mourir, sans vous écrire encore une fois et sans vous exprimer les sentiments d'estime et d'attachement que je vous ai voués. Bis repetita placent, il est agréable, quand on est......* » Sa faiblesse extrême l'a empêché de terminer sa lettre, nous écrit un de ses fils, procureur de la République à *Arbois*.

Reposez en paix, cher confrère, et soyez assuré que votre souvenir se conservera dans nos cœurs. Vous avez honoré notre profession ; vous lui avez tracé un cadre de ses devoirs, sans vous préoccuper beaucoup de ses droits. Votre famille a le droit d'être fière. Vous en avez dressé la généalogie ; c'est une famille de braves gens ; vous avez été leur digne fils et vos enfants suivront les nobles exemples de votre vie toute entière.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le choléra de 1892.

L'épidémie cholérique sévit toujours en Russie avec une intensité effrayante, puisque, d'après les chiffres officiels, il serait mort, depuis le début de l'épidémie, dans tout l'empire russe, près de *208.000* personnes. Saint-Pétersbourg et Moscou sont assez gravement atteints ; toutefois la population ne paraît pas le moins du monde affolée et toutes les affaires se traitent dans la plus grand calme ; les lieux de plaisir sont même aussi animés que de coutume. Heureusement on ne rencontre pas partout, en Russie, des barbares en délire brûlant les hôpitaux, assassinant les médecins en les traitant d'empoisonneurs, et tous nos confrères n'y ont pas le même sort que cet infortuné Moltchanoff.

En Allemagne, la situation n'est pas moins grave, mais la franchise, pourtant obligatoire quand il s'agit de la santé publique internationale, la franchise, disons-nous, fait totalement défaut : témoins les faits de Hambourg que l'on ne saurait trop signaler à la vindicte universelle. Pendant quinze jours on a tenu volontairement caché l'état sanitaire de Hambourg, où le choléra asiatique faisait 180 victimes par jour (28 et 29 août 1892). L'épidémie est maintenant connue ; mais malheureusement, Hambourg est un port de première importance, d'où partent chaque jour de nombreux navires. Ainsi l'épidémie a pu et s'est, en effet, disséminée dans différents ports : Anvers, Gravesend, Glascow, Le Hâvre.

D'après les journaux, il y aurait aussi une épidémie cholérique aux Etats-Unis, d'importation maritime, comme pour les villes que nous venons de citer.

Ce qui nous touche de plus près, c'est l'épidémie du Havre, qui menace Paris, tandis que Paris lui-même est encore infecté de diarrhées cholériformes. Le Havre a eu ces jours-ci 25 à 30 décès quotidiens ; l'épidémie y est donc assez grave : d'autre part, on enregistre chaque jour à Paris une centaine de cas de diarrhées cholériformes et 45 à 50 décès. Est-ce l'épidémie de la banlieue qui a fini par envahir Paris ? Est-ce le choléra asiatique venu de Russie, puis de Hambourg, amené enfin du Hâvre ? Les deux opinions sont plausibles, les communications de Paris avec le Hâvre sont si faciles et si rapides. Voici ce que dit à ce propos le *Bulletin médical* : « En présence des dangers de plus en plus grands qui nous menacent, le comité de direction des services sanitaires, composé de MM. Brouardel, Monod et Proust, s'est réuni d'urgence afin de prendre des mesures contre l'invasion de l'épidémie. Ces mesures ont été soumises au ministre de l'intérieur.

« M. Monod, interrogé par un rédacteur du *Temps*, a donné les renseignements suivants :

« Les mesures, qu'a décidé de prendre le comité de direction des services sanitaires, sont à peu près les mêmes que celles prises contre l'épidémie cholérique d'Espagne. Elles causeront peu de gêne aux voyageurs, qui y seront tous soumis.

« De ces mesures, les unes concernent les personnes, les autres les bagages. Tous les trains seront arrêtés aux gares frontières et tous les voyageurs examinés. Ceux qui seront reconnus malades, seront arrêtés et isolés dans un bâtiment qui ne recevra que les personnes dont l'état de maladie aura été dûment constaté ; ceux qui paraîtront suspects seront également arrêtés et mis en observation dans un autre bâtiment d'où on les laissera sortir lorsque le médecin aura déclaré qu'ils ne portent aucun germe de la maladie.

» Quant à ceux qui seront reconnus sains, on leur permettra de continuer librement leur voyage ; mais comme ils pourraient être dans la période d'incubation cholérique ou contenir les germes de l'épidémie, ils seront obligés de désigner le but de leur voyage. On leur délivrera alors un passeport sanitaire, et le maire de la commune prévenu par une lettre de l'arrivée du voyageur, devra, pendant cinq jours, faire examiner ce dernier. Le passeport, qui sera délivré à ces voyageurs, contiendra l'énumération des peines dont ils pourraient être frappés s'ils ne se conformaient pas au règlement. Si l'un de ces voyageurs venait à tomber malade, l'administration serait im-

FEUILLETON

Le service militaire et les médecins (*suite*).

Après avoir exposé les raisons pour lesquelles l'intérêt de l'armée exige que le service actuellement accompli par les étudiants en médecine, dans les conditions de la décision ministérielle du 7 octobre 1890, soit à l'avenir accompli, par eux, en qualité d'aides-majors de réserve lorsqu'ils auront obtenu le diplôme de docteur, nous devons examiner les objections que peut soulever cette proposition.

1° Il peut se rencontrer des étudiants en médecine, qui, pour des motifs personnels désirent accomplir comme soldats l'année de service qui leur est imposée par l'article 23 du 15 juillet 1889, au même titre que les jeunes gens qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir les diplômes de licencié ès lettres ou ès sciences, etc. A ceux-là, qui seront inévitablement en petit nombre, l'article 23 de la loi peut continuer à être appliqué. Mais la proposition subsiste dans son entier en ce qui concerne la grande majorité des médecins, pour qui nous réclamons le bénéfice de l'art. 28 de la même loi.

2° Une autre objection est relative au cas où des étudiants en médecine n'arriveraient pas à obtenir le diplôme de docteur dans les délais voulus. Ceux-ci rentrent dans les conditions ordinaires et accompliront les années de service dont ils ont été dispensés, conformément aux prescriptions de l'article 24 de la même loi.

3° L'objection la plus sérieuse que puisse rencontrer la modification proposée est relative à la dépense élevée qui résulterait de son adoption. Mais des objections de cette nature ne se produisent pas lorsqu'il s'agit de dépenses dont l'utilité est démontrée. En maintes circonstances des crédits considérables sont votés sans opposition et inscrits au budget de la guerre ou celui de la marine, dès qu'il est constaté que ces crédits répondent à des nécessités impérieuses. Exemple : Depuis plusieurs années, le nombre des régiments de l'armée active a été notablement accru ; de là une augmentation correspondante dans le chiffre des emplois d'officiers. Personne n'a hasardé la moindre critique au

médiatement prévenue et elle s'efforcerait de mettre le pied sur l'étincelle, de façon à étouffer la propagation de l'épidémie.

« Mais les personnes ne sont pas seulement à redouter pour l'importation du choléra. On a en effet remarqué que le linge et surtout le linge sale, pouvait contenir les germes de la maladie. Aussi, à chaque gare frontière, en même temps que la visite des personnes sera passée par des médecins, les employés de la douane auront mission d'ouvrir toutes les malles, d'y prendre tout le linge sale qu'elles contiendront, d'en faire un paquet auquel sera attaché un numéro, et de faire passer tout ce linge dans une étuve à désinfection sous pression. Cette opération durera tout au plus trois quarts d'heure : c'est donc un léger retard que subiront les voyageurs, mais on garantira de cette façon la santé publique.

« L'expérience montre que le choléra peut se propager par mer aussi bien que par voie de terre. En effet, dans les grandes épidémies de 1832 et 1849, il est venu par terre en suivant presque exactement la route qu'il suit cette fois-ci ; mais à cette époque, il la suivait plus lentement parce que les facilités de communication étaient moins grandes ; depuis lors, le choléra est toujours venu par mer. Dans ces circonstances, le comité de direction des services sanitaires a cru urgent de faire appliquer les mesures, dont nous venons de parler aux provenances des ports de mer, personnes et choses.

« Nous croyons que personne ne pourra se plaindre de ces précautions, qui sont très modérées et qui ne vexeront qui que ce soit. Ce sont, du reste, celles que la ville de Berlin emploie pour se garantir de l'épidémie que pourraient importer les provenances de Hambourg. »

Ces mesures sont excellentes, mais il faut délibérer brièvement et, à notre avis, agir vite. »

Les formes et le traitement de l'albuminurie.

A l'Académie de Médecine, séance intéressante où M. *G. Sée* a donné un résumé de ses idées sur l'albuminurie :

Dans l'état actuel de la science, on doit reconnaître cinq espèces d'albuminuries : la première est l'albuminurie *fonctionnelle* ou *physiologique*, qui se montre à certaines heures du jour, à la suite de l'ingestion de certains aliments, sans que les reins présentent la moindre trace d'altération.

La deuxième espèce d'albuminurie ou albuminurie *cardiaque* s'établit sous l'influence d'un trouble de la circulation (lésion mitrale, dilatation du cœur, dégénérescence du myocarde, etc.) et n'implique l'existence d'aucune lésion rénale ; aussi n'aboutit-elle jamais au mal de Bright et ne donne-t-elle jamais lieu à des accidents urémiques.

La troisième espèce d'albuminurie ou albuminurie *organique* est liée soit à une néphrite parenchymateuse aiguë ou chronique, soit à une néphrite interstitielle, soit à une néphrite mixte.

La néphrite parenchymateuse se caractérise par les trois symptômes suivants : *a)* une albuminurie abondante, c'est-à-dire dépassant 2 grammes par litre ; *b)* le maintien ou la diminution de l'urée ; *c)* l'hydropisie.

Le type interstitiel se traduit, au contraire, par plusieurs caractères des plus nets. L'albuminurie est faible et souvent même intermittente ; elle peut même manquer (Dieulafoy) ; les urines sont augmentées, le cœur s'hypertrophie, etc.

La quatrième espèce d'albuminurie, qui est l'albuminurie *hématogène*, dériverait d'une altération du sang dont l'albumine serait plus diffusible, plus filtrable et non assimilable.

Ces défauts, d'après Semmola, proviendraient surtout de troubles dans les fonctions de la peau. Les seules albuminuries hématiques bien démontrées sont dues à la malaria et à ses plasmodies (Kelsch et Kiener).

La cinquième variété d'albuminurie peut être d'origine *toxique*, *bactérique*, *toxinique* ou *ptomaïnurotoxique*.

Parmi les agents toxiques susceptibles de produire l'albuminurie, nous citerons le mercure, le plomb, le phosphore, les cantharides, etc.

Les albuminuries bactériques sont moins bien

---

sujet des dépenses qui ont été le résultat de cet accroissement de notre puissance militaire. Elles ont été acceptées, à l'unanimité, par les représentants de la nation, dès que le ministre de la guerre a déclaré qu'elles étaient indispensables à la sécurité du pays.

Tout le monde s'accorde à prévoir, qu'avec les armées actuelles et les moyens de destruction dont elles disposent, les opérations militaires qui peuvent surgir, seront infiniment plus meurtrières que par le passé. Il est, non moins manifeste, que les formidables agglomérations humaines, nécessitées par les guerres futures, constitueront des imminences morbides bien autrement redoutables que celles qui ont été observées jusqu'à présent.

En présence des effectifs qu'il importe de soustraire à toutes les causes d'épidémies dont ils sont menacés, en présence de ces nombreux blessés pour qui s'impose l'urgence de soins immédiats, n'est-il pas indispensable que le personnel de santé, pour être à la hauteur de la mission qui lui incombe, soit non seulement nombreux, mais familiarisé par la pratique avec les fonctions qu'il sera appelé à remplir dans ces conditions exceptionnellement difficiles ?

Cette pratique, on le sait, ne peut être acquise que par un stage accompli en qualité de médecin. Nous avons cherché à le démontrer dans un article précédent.

Mais le point capital de la question est la charge, que l'adoption de ce projet imposerait au trésor.

Cette charge serait-elle considérable ? Il importe de ne pas oublier que ce stage s'accomplirait avec le grade de sous-lieutenant. Or, ce ne sont pas les grades subalternes qui grèvent beaucoup le budget.

Cette dépense, qui n'a soulevé aucune contestation, quand il s'est agi de l'inscrire au budget pour le stage des élèves de l'école polytechnique et de l'école forestière, nommés officiers de réserve, n'est pas moins légitime en ce qui concerne le personnel de santé de l'armée, et, d'autre part, elle permet de prévenir une nouvelle extension des cadres du personnel de santé de l'armée active.

Pour justifier cette dernière proposition, il

démontrées ; les toxiniques sont, le plus souvent, imaginaires.

Aux albuminuries ptomaïniques et urotoxiques ou par toxicité générale, il convient de rattacher celles de la goutte et du diabète et qui sont généralement en rapport avec des néphrites spéciales.

« Telles sont les principales variétés d'albuminurie. Mais avant d'instituer le régime des néphrétiques, il y a un fait important à connaître, c'est le *retard* de l'équilibration entre les recettes et les dépenses d'azote, le *retard* de l'élimination. Presque tous les auteurs ont cru indiqué de restreindre dans les maladies des reins la quantité des aliments albumineux. Ce retard prouve qu'en somme ils ont raison. Chez les brightiques, l'organe malade travaille lentement et a besoin d'être ménagé. Or il est prouvé que 60 à 70 gr. d'albumine par jour sont pleinement suffisants.

« Voyons maintenant quel peut être le rôle de divers aliments, c'est-à-dire : 1° le lait ; 2° les œufs ; 3° les viandes blanches ; 4° le poisson ; 5° les viandes fortes et le bouillon ; 6° les légumes féculents azotés ; 7° les légumes verts et les graisses. Les fruits et l'alcool constitueraient le régime végétal.

« Le *lait*, considéré souvent ici comme l'aliment idéal, doit être envisagé comme aliment et comme diurétique. Comme aliment, pour avoir la thermo-chimie d'un jour il en faut quatre litres. Il est vrai qu'il jouit d'une grande digestibilité théorique, malgré laquelle, toutefois, bien des malades répugnent à la cure de lait exclusive. Il faut faire prendre le lait par doses fractionnées, frais, écrémé. S'il est mal digéré, l'addition de chlorure de calcium est ce qu'il y a de mieux. Quant à la digestibilité relative du lait cru et bouilli, il reste encore des doutes. Lorsque le lait est mal digéré (trop grande quantité, trop de graisse, défaut de suc gastrique), on peut obtenir de bons résultats en rectifiant la digestion par les alcalins terreux (calcium, strontium). Mais il faut bien savoir que le lait est à lui seul insuffisant pour faire face aux déperditions d'un sujet qui mène une vie active. Et cela en grande partie parce que *le lait est un diurétique de premier ordre*. L'urée est ainsi entraînée, jusqu'à 40 gr. par jour, et en somme, *la cure de lait finit par être un régime d'inanition*.

« Lorsque le lait est indiqué, il faut l'administrer à l'état de lait stérilisé, et à cet égard, le mieux est d'employer l'appareil de Soxhlet. Le lait n'est indiqué ni dans l'albuminurie physiologique, ni dans la cardiaque. Mais, comme diurétique, il s'impose dans toutes les hydropisies, avec ou sans albuminurie. Il fait merveille dans les néphrites de la scarlatine, est bon dans la plupart des néphrites parenchymateuses. Mais dans les néphrites interstitielles, il ne sera bon que comme aliment mixte, incomplet et touchant à la frontière de l'inanition.

« On prive en général les brightiques d'ovo-albumine, et cependant il est prouvé que souvent l'usage des œufs n'augmente en rien l'albuminurie (Œrtel, von Noorden). Si l'on étudie la question, on arrive à conclure que :

« 1° L'œuf cru exclusif est à proscrire ; 2° une nourriture riche en albumine exige des précautions ; 3° il n'est pas correct de prescrire toujours un régime pauvre en albumine ; la cure de lait elle-même peut faire défaut ; 4° lorsqu'il est sûr que les sels et l'eau de l'urine s'éliminent moins, il est permis de passer à une alimentation plus riche en albumine ; le lait, la viande, les œufs cuits mollement sont indiqués ; mais souvent ces deux derniers aliments sont préférables.

« Les *viandes dites blanches* sont généralement recommandées, et avec raison. Le veau et la volaille suppléeront parfaitement au lait. Quant aux *viandes noires*, certainement plus nutritives, elles peuvent — mais ce n'est pas indispensable — augmenter le taux de l'albumine (Talamon et Lécorché, Senator). On peut, dans certains cas, les prescrire, et alors à l'état de viandes rôties, la viande crue ayant les inconvénients de contenir parfois des œufs de ténias et des ptomaïnes.

« La gélatine est un véritable aliment d'épargne, qui permet de réduire la ration de viande. A cet égard, les huîtres peuvent rendre des services.

---

suffit de comparer l'état du service de santé tel qu'il était avant le décret du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée, avec ce qu'il est aujourd'hui. Or nous constatons que le chiffre des médecins à cette époque était dans le service actif (voir l'Annuaire du corps de santé de 1881) de 1177 et qu'il est actuellement de 1275 (voir l'annuaire de 1892). Cette augmentation dans le nombre des officiers du corps de santé est en réalité bien peu considérable, si on la compare aux extensions de cadres dont tous les corps d'officiers de l'armée ont été l'objet depuis la réorganisation de nos forces militaires. En examinant, en détail, la modification que le corps des officiers du service de santé de l'armée active a présentée depuis l'année 1881, nous constatons que ce corps s'est accru : d'un médecin inspecteur général, de 2 médecins inspecteurs, de 5 médecins principaux de deuxième classe, de 51 médecins-majors de première classe, de 181 médecins-majors de deuxième classe, de 15 médecins aides-majors de 2e classe. Par contre, le nombre des aides-majors de première classe, qui était de 407 en 1881, se réduit à 250 sur l'Annuaire de 1892.

En élargissant les cadres des grades élevés, aux dépens de ceux du grade d'aide-major de première classe, on a, avec raison, diminué la lenteur de l'avancement, mais les cadres du service de santé de l'armée active sont bien insuffisants, encore, relativement aux besoins du service.

Cette extension des cadres du corps de santé depuis 1881 se traduit par une augmentation de dépense annuelle de 595.000 francs, qui n'est que la moitié de la dépense réelle imposée au trésor si l'on considère que, tout officier en quittant l'armée par retraite devient titulaire d'une pension viagère, qui lui est servie par l'Etat.

C'est donc près de 1,200,000 francs de dépense annuelle qu'une extension de cadres des plus minimes impose à l'État.

En faisant concourir les médecins de réserve à l'exécution du service actif pendant leur année de stage, on préviendrait une nouvelle extension de cadres ; de là une économie qui compenserait de beaucoup la dépense nécessitée par l'institution de ce stage d'un an, que les besoins du service réclament pour les médecins appelés à exercer leur art dans l'armée.

« Les *gibiers*, *charcuterie*, *salaisons*, *fromages* doivent être formellement proscrits.

« Le *bouillon* a été appelé par un de nos jeunes agrégés « une dissolution de poison ». D'abord, il contient de la potasse et la *potassophobie* règne en France. On oublie, il est vrai, ce qu'il y a de potasse dans les végétaux, quoiqu'on vante à outrance le régime végétarien chez les albuminuriques. Ensuite il contient des ptomaïnes. En réalité, le bouillon frais est un stomachique de premier ordre.

« De même on a souvent de l'*ichthyophobie*. Or, pour ma part, je continue à considérer le poisson comme un des aliments azotés les plus parfaits.

« Le riz de veau, la cervelle sont des aliments faciles à digérer. Le beurre enfin est indispensable pour établir le bilan thermo-chimique.

« Venons maintenant aux *légumes*. Il est incontestable qu'ils rendent des services, mais il ne faut rien exagérer et le végétarien exclusif ne peut pas exister. Les légumes, secs toutefois, sont riches en azote. Les pâtes, dont la plus connue est le macaroni — c'est-à-dire la farine de blé additionnée de beurre, de lait et d'œufs — est un aliment complet et assez bon, mais les pommes de terre, le riz, le maïs, l'orge ne contiennent que fort peu d'azote.

« Les fruits, crus ou cuits, sont un aliment ternaire des plus utiles pour les brightiques, et de plus un composé de sels végétaux très utiles également.

« Tout le monde est d'accord sur le danger des alcools ; mais quant à moi je considère le thé et le café comme aussi inoffensifs qu'éminemment utiles.

(*Semaine médicale* et *Mercredi médical.*)

Le diabète pancréatique.

M. Lancereaux a constaté, en 1877, pour la première fois, l'existence d'un diabète avec amaigrissement très considérable et qui coïncidait avec une destruction complète du pancréas. Depuis cette époque, il a observé plusieurs cas du même genre et a été conduit par ses observations à admettre l'existence d'une forme de diabète, particulièrement grave, le diabète pancréatique.

Il est inutile de rappeler les recherches expérimentales nombreuses qui ont été faites pour établir que l'extirpation du pancréas pouvait produire le diabète chez les animaux. M. *Thiroloix*, dans le laboratoire de M. Lancereaux, a réussi l'expérience suivante sur plusieurs chiens :

Il greffe sous la peau de l'abdomen toute la portion verticale ou duodénale du pancréas, par le procédé de M. Hédon; puis, quand l'animal est rétabli, il extirpe la portion horizontale du pancréas, qui avait été laissée en place. Enfin, quelques jours plus tard, il pratique l'ablation de la greffe sous-cutanée.

Voici, au point de vue de la glycosurie, ce qui s'est produit : aussitôt après le greffage, glycosurie, mais passagère, qui disparaît au bout de un jour ou deux. Après l'ablation de la portion de pancréas laissée dans l'abdomen, pas de glycosurie. Enfin, après l'extirpation de la partie greffée, glycosurie abondante, amaigrissement rapide et mort en un temps relativement court.

Ces faits prouvent, d'une façon positive, qu'un certain diabète résulte de l'extirpation totale du pancréas, puisqu'il suffit d'une portion de cette glande, même ectopiée, pour éviter cette grave maladie.

Il reste à déterminer le mécanisme de ce diabète. Un premier fait à noter est que cette maladie ne dépend pas de l'absence de la sécrétion glandulaire du pancréas, que cet organe, greffé dans l'épaisseur de la paroi abdominale, laissant échapper au dehors le produit glandulaire qu'il peut encore sécréter, la glycosurie n'a pas lieu. Par contre, si on vient à enlever cette greffe, le diabète se produit ; il faut admettre alors que c'est non pas la sécrétion glandulaire externe, mais une sécrétion interstitielle ou interne qui est la cause de l'affection. Ce serait là une nouvelle fonction de la glande pancréatique, qui viendrait appuyer les recherches de M. Brown-Séquard sur l'action des sucs glandulaires. Quelle est la nature de cette sécrétion ? Est-ce un ferment, comme le prétend M. Lépine ? C'est ce qu'il importerait de déterminer exactement.

(*France médicale.*)

Avantages de l'hyoscyamine sur les autres narcotiques.

La *Revue des alcaloïdes* publie une étude très pratique sur l'hyoscyamine, alcaloïde de la jusquiame, qui rend de réels services lorsqu'on peut se le procurer à l'état de pureté parfaite.

Toutes les fois qu'il s'agit de soulager la douleur, l'hyoscyamine est indiquée. Hufeland la préfère à la morphine et à l'opium ; c'est, dit-il, « le plus doux des narcotiques ».

Toutes les fois que le symptôme *douleur* domine, l'hyoscyamine peut donner de bons résultats, par son action sédative toute spéciale.

Aussi, de nombreux auteurs se louent-ils de son emploi dans les affections les plus diverses ayant seulement la caractéristique commune de la prédominance de l'élément douleur.

Elle a été également employée avec succès dans les affections utérines, *accouchements*, rigidité du col, dysménorrhées, spasmes de l'urèthre, du col de la vessie, les *affections oculaires*, *l'asthme*, la toux nerveuse, la coqueluche ; *l'ataxie locomotrice*, la paralysie agitante, les tremblements séniles, *la chorée*, le *delirium tremens*, l'épilepsie, *la folie*, les *hémorrhagies* et *hémoptysies*, les névralgies diverses, les hémorrhoïdes enflammées, les fissures de l'anus, les phlegmasies aiguës, inflammations traumatiques, orchite, mammite, panaris, paraphimosis, les sueurs nocturnes et la constipation, etc.

Enfin, il ne faut pas oublier qu'en raison de son action sur la circulation des centres nerveux, elle sera très utile dans toutes les affections congestives de la moelle et dans les névroses convulsives.

Nous sommes loin d'avoir, dans cette nomenclature, épuisé la liste des cas où elle a été employée et a donné du soulagement aux douleurs éprouvées ou produit une amélioration, ou la guérison du mal qu'elle était destinée à combattre.

Il est certain que ses plus nombreux et plus incontestables succès sont dus à ses propriétés sédatives de la douleur et à ses qualités hypnotiques.

Pour ce qui est de son action sédative de la douleur, quand il s'agit d'une application locale, son emploi était précieux avant la découverte de

la cocaïne ; mais, depuis, nous pensons que comme calmant de la douleur locale et localement employée, la cocaïne doit toujours lui être préférée.

Il faut donner l'hyoscyamine, de préférence à l'atropine, aux enfants, aux anémiques, à tous ceux qui ont une prédisposition au délire ; dans les affections douloureuses, dans les maladies cardiaques avec fréquence excessive des battements, dans ce dernier cas comme adjuvant de la spartéine ; enfin dans la période d'acmée des fièvres intermittentes et rémittentes.

La dose initiale chez l'adulte devra être 1 ou 2 milligrammes. On l'élèvera graduellement et, si le besoin s'en fait sentir, jusqu'à 10 ou 12 milligrammes. La sécheresse de la gorge et la dilatation pupillaire ne doivent pas en faire interrompre l'emploi, mais le délire indique la nécessité, sinon de l'interrompre, du moins d'en abaisser la dose.

C'est surtout en psychiatrie que l'on aura recours à ces fortes doses, ainsi que dans les affections congestives de la moelle et du cerveau.

La voie hypodermique, ici comme pour les autres alcaloïdes, a des cas spéciaux qui nécessitent son emploi. Les solutions doivent être au millième et on ne doit employer au début qu'un quart ou une demi-seringue de 1 c. c.

Pour les autres cas, nous conseillons de préférence la voie stomacale.

La forme que nous adoptons dans ce cas est le granule dosé à 1/4 de milligramme permettant une graduation facile des doses.

Un moyen de diagnostic de l'endométrite chronique latente.

Les signes de l'endométrite chronique, au nombre desquels figure en premier lieu l'écoulement glaireux purulent, sont si évidents dans la majorité des cas, qu'un seul coup d'œil jeté dans le spéculum suffit pour établir le diagnostic. Cependant, il est des cas dans lesquels ce diagnostic devient difficile : c'est lorsqu'à l'examen, on ne voit pas de mucosités glaireuses s'échapper de l'orifice utérin, bien que l'existence de l'endométrite paraisse probable.

M. le docteur A. Dührssen, privat docent d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Berlin, a conseillé, dans les cas de ce genre, d'essuyer la cavité utérine à l'aide d'une sonde de Playfair entourée d'ouate pour se convaincre ainsi de l'existence ou de l'absence de l'écoulement. Dans le même but, M. le docteur B. Schultze, professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine d'Iéna, a préconisé sa méthode de tampons d'épreuve, laquelle consiste à appliquer contre le col de l'utérus un tampon imbibé d'une solution de 20 à 25 % de tannin dans la glycérine, et à l'y laisser en place pendant vingt-quatre à quarante-huit heures. Lorsque l'utérus est normal, on ne trouve sur le tampon qu'une petite quantité d'un mucus incolore vitreux qui provient du col ; si, au contraire, il existe de l'endométrite, on y aperçoit une quantité plus ou moins considérable de glaires purulentes.

M. le docteur Grynfeltt, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Montpellier, et M. le docteur P. Puech, son chef de clinique, se servent d'un troisième moyen de diagnostic de l'endométrite latente, plus commode que les précédents. Ce moyen, dit *douche révélatrice*, est basé sur la propriété que possède un jet d'eau chaude de provoquer une contraction de l'utérus, laquelle est nécessairement accompagnée de l'expulsion des liquides contenus dans la cavité de l'organe.

Voici comment on procède :

Après avoir introduit le spéculum et découvert le col utérin, on dirige sur celui-ci un jet d'eau chaude au moyen d'une canule ordinaire. S'il existe de l'endométrite, on voit, au bout de quelques instants, flotter des flocons glaireux dans le liquide qui baigne le fond du vagin. Après la douche, lorsque le vagin est débarrassé de l'excès de liquide, ces glaires deviennent encore plus apparentes à leur sortie de l'orifice utérin.

La douche révélatrice sert non seulement pour le diagnostic des cas douteux, mais elle est aussi un bon moyen de contrôle pour établir la réalité de la guérison d'une endométrite.

(*Archives de Tocologie.*)

CHIRURGIE PRATIQUE

Sur le traitement du mal de Pott,

Par M. G. Phocas (de Lille.)

I

Nous savons, depuis les travaux modernes (Volkmann, Kœnig, Lannelongue) que le mal de Pott est, dans l'immense majorité des cas, d'origine tuberculeuse. Et de cette notion pathogénique nous pouvons d'abord déduire tout le traitement dit médical. L'huile de foie de morue, l'exposition au grand air, et surtout à l'air marin, les reconstituants de toutes sortes, doivent faire la base de ce traitement sur lequel je n'ai pas besoin d'insister. Le mal de Pott se caractérise par une triade symptomatique : la gibbosité, les abcès, la paralysie ; mais avant même qu'il arrive à la période d'état, le mal vertébral peut être diagnostiqué et avec un diagnostic précoce on peut instituer un traitement préventif.

C'est ainsi que, chez un enfant qui commence à se plaindre de douleurs, qui maigrit et sur lequel on constate une raideur de la colonne vertébrale avec une petite douleur à la pression, on peut à coup sûr faire le diagnostic de mal de Pott à la première période.

Il importe de connaître bien ces signes déjà révélateurs de la maladie, car de ce diagnostic dépend souvent le sort ultérieur du malade. Et parmi tous ces signes, le meilleur est la raideur de la colonne vertébrale. L'enfant ne se baisse plus pour ramasser un objet, en se courbant, mais il fléchit les hanches et les genoux et maintient raide la colonne vertébrale et le tronc. Dès qu'un pareil signe a permis de constater le début du mal de Pott, il faut instituer un traitement orthopédique rigoureux, dont la base sera l'*immobilisation*.

Depuis un certain temps, on a appliqué beaucoup le *corset de Sayre*, dans le but d'immobiliser la colonne vertébrale et de guérir le mal de Pott. Dans cette manière de procéder, on était fort encouragé par les parents, toujours peu disposés à condamner leur enfant à l'immobilité absolue, dans une gouttière.

CORRESPONDANCE
(*Suite*)

Mais celui-ci vous autorise sur l'honneur, à délivrer des médicaments à vos malades à plus de 7 kil. On se brouille ; le pharmacien vous poursuit et vous êtes condamné. — Il est évident que le parquet ne pouvait reconnaître une convention extra-légale ; que le pharmacien ne pouvait vous donner le droit de violer la loi. L'article 11, du Sénat, ne viendra pas de si tôt en discussion. Transportez votre domicile et vous aurez le droit d'exercer la pharmacie dans les conditions prévues par la loi de germinal. Mais n'employez pas de subterfuge pour délivrer des médicaments, dans la commune où réside le pharmacien — ils seraient déjoués. — Votre domicile légal doit être dans la nouvelle commune. Vous pourriez aller exercer la médecine dans l'ancienne ; la médecine seulement.

Dr D. (Indre). — La loi n'interdit pas au médecin de fournir à ses clients des bandages, des instruments. Il ne peut fournir des eaux minérales. Il ne peut fournir des médicaments, même en cas d'urgence ; mais si cette fourniture est accidentelle et gratuite, le tribunal apprécie ; si le pharmacien n'a pas dans son officine le produit demandé, le médecin peut le faire demander ailleurs. Soumettez d'ailleurs ces questions à votre Syndicat et les solutions seront celles que nous indiquons. En somme, si vous voulez faire de la pharmacie ; si c'est la condition nécessaire de votre existence, il faut vous déplacer, à plus de 4 kil., car la nouvelle loi, quand elle viendra, fixera sûrement cette distance au moins de toute officine.

Dr B., à D. (Jura). — A votre intention nous prions ceux de nos lecteurs qui connaissent des établissements, des pays où on peut faire à la fois une *cure de petit lait* et une *cure de raisins*, de vouloir bien nous l'écrire. Nous reproduirons volontiers ces indications à votre usage et à celui de nos lecteurs.

M. T., méd., à L. (Haute-Marne). — Ecrivez au Secrétaire de la Faculté de médecine, qui vous enverra le programme des examens de Doctorat.

Dr T. V., à D. — Au dernier Congrès des aliénistes, au sujet du moyen que doit employer le médecin, pour

ASSURANCES CONTRE L'INCENDIE

Depuis que la combinaison des assurances contre l'incendie a été arrêtée avec la compagnie du *Phénix*, plusieurs membres du *Concours médical* ont envoyé des notes incomplètes, ce qui entraîne des lenteurs regrettables ; pour obvier à cet inconvénient, nous prions nos lecteurs de vouloir bien prendre bonne note de la forme dans laquelle leurs propositions d'assurances doivent être faites.

EXEMPLE :

M. le docteur X. (écrire lisiblement les nom et prénoms), demeurant à X. (écrire lisiblement l'adresse).

1° Une somme de X sur son mobilier personnel (c'est-à-dire : meubles, glaces, pendules, ornements, tapis, tentures, décors, rideaux, garnitures de cheminées, vases, porcelaines, cristaux, lits, literie, linge, effets d'habillement, ustensiles et provisions de ménage et de cave).

Dans la somme de X. l'argenterie, les bijoux sont compris pour une somme de X.

Les châles, dentelles et fourrures pour X.

La bibliothèque et les livres pour X, les instruments de chirurgie pour X.

Les tableaux et objets d'art pour X.

2° Une somme de X sur chevaux, voitures, harnais, ustensiles d'écurie et fourrages.

3° Une somme de X sur risques locatifs (indiquer le prix du loyer et, si l'assuré habite une maison seule, indiquer le prix que peut valoir le ou les bâtiments loués).

Une somme de X sur recours des voisins. (Ce chiffre est à fixer par l'assuré qui doit se baser sur l'importance des sommes auxquelles peuvent être évalués les mobiliers, marchandises ou même immeubles qui ne lui appartiennent pas et qui sont dans la maison qu'il occupe ou dans les maisons qui touchent la sienne. Si l'assuré est isolé de toute habitation et qu'il soit le seul locataire dans sa maison, il est inutile d'assurer des recours des voisins).

L'assurance des risques locatifs a pour but de s'affranchir de la responsabilité qui incombe à chaque locataire en vertu des articles 1733 et 1734 du Code civil.

L'assurance des recours de voisins a pour but d'éviter, autant que possible, de tomber sous le coup des articles 1382, 1383 et 1384 du Code civil.

Indiquer toujours la nature des constructions et de la couverture de l'immeuble occupé, ainsi que les professions qui peuvent y être exercées.

Même observation pour les maisons attenantes.

Si l'assuré est propriétaire de l'immeuble qu'il occupe, il doit le déclarer, fixer le chiffre pour lequel il veut faire assurer son immeuble, déduction faite, bien entendu, de la valeur du sol.

Pour nous résumer, voici le modèle d'une police de mobilier :

1° Mobilier	20.000	Les instruments de chirurgie	2.000
Y compris l'argenterie et les bijoux pour	2.000	2° Chevaux, voitures, harnais, ustensiles, écurie et fourrages	6.000
Les châles, dentelles et fourrures pour	2.000	3° Risques locatifs (loyer de 1.000 francs par exemple).	15.000
Les tableaux et objets d'art pour	2.000	4° Recours des voisins	15.000
La bibliothèque et les livres pour	2.000		

MODÈLE D'UNE POLICE D'UN IMMEUBLE

Maison et dépendances	10.000	Recours des voisins	10.000

empêcher, s'il se peut, les mariages entre personnes à tare héréditaire, M. Voisin dit : Le médecin consultant se réunit avec le médecin de la famille ; on s'informe ; on fait naître le doute dans l'esprit des familles et la rupture a généralement lieu, sans avoir violé le secret professionnel et en donnant satisfaction au devoir de protection que le médecin doit remplir envers les familles, malgré le secret légal impérieux. Procédez ainsi, dans le cas qui se présente.

Dr R., à P. (Lot). — La loi dit : Les quittances, de 10 francs et au-dessus, doivent être revêtues d'un timbre de quittance, *quand il ne s'agit pas d'un acompte*, ou d'une quittance finale sur une plus forte somme. En effet, récemment, en Eure-et-Loir le cas suivant s'est produit : Un médecin, qui reçoit une somme, *quelque minime quelle soit, à valoir sur une note d'honoraires, même au dessous de 10 fr., doit, s'il en donne reçu, accompagner sa signature d'un timbre-quittance et cela, pour chaque acompte versé*. Les héritiers d'un confrère ont eu à verser une amende importante, à cause de cette singularité de la loi.

Dr L. R., à St-J. — Nous n'avons pu, à notre grand regret, obliger votre ami, pour le moment. Nous avons pris note de son désir.

Dr M., à T. (Sarthe). — Vous êtes docteur en médecine, naturalisé français; vous avez en conséquence le droit de réclamer les postes de médecin des indigents et d'inspecteur des enfants en bas âge, puisque vous êtes seul dans votre commune. Le Préfet *ne veut pas répondre* ; saisissez de votre cas le Président du Syndicat de la Sarthe, ou le Dr Cellier, de Laval, Président de la Mayenne, ou le Président de l'Association locale de la Sarthe. Ecrivez-nous le résultat de vos démarches. Il faut une solution de principe et nous verrons à l'obtenir.

Dr D., à A. (Nord). — Remerciements pour votre promesse de nous procurer des adhérents. Nous prions ceux de nos lecteurs qui connaîtraient la formule exacte de la *Pommade Bossu*, de vouloir bien nous l'écrire.

Il est incontestable que, par ce moyen, on a guéri un certain nombre de maux de Pott et qu'on a mis beaucoup d'enfants dans des meilleures conditions d'amélioration que si on les avait abandonnés sans soutien. Cependant, je ne conseillerai à personne de commencer le traitement par là, et jusqu'à nouvel ordre j'estime que le procédé le plus sûr de guérir le mal vertébral est encore *l'immobilité absolue* employée dès le début.

Voici comment je pratique cette immobilité. Je repousse d'une façon générale la gouttière de Bonnet.

Elle est coûteuse pour les classes pauvres, effrayante pour les riches et enfin peu efficace, car elle ne moule pas le corps et permet des mouvements du thorax assez étendus. J'ai l'habitude de confectionner moi-même la gouttière dans laquelle l'enfant est placé. Je taille dans une pièce de tarlatane de vingt doubles une pièce carrée qui répond au dos terminée par deux bandes qui représentent les deux jambes.

L'enfant est couché sur le ventre, soutenu par deux aides, dont l'un soutient la tête, l'autre les hanches ; ces deux aides pratiquent aussi une légère extension de manière à redresser modérément la colonne vertébrale. Le dos de l'enfant est enveloppé de ouate ; la pièce de tarlatane préalablement trempée dans une bouillie de plâtre (moitié plâtre et moitié eau) est alors appliquée sur le dos et sur les cuisses et maintenue à l'aide d'une grande quantité de bandes. On la laisse en place pendant dix minutes environ et on l'enlève ensuite pour la laisser sécher. De cette façon on a une gouttière plâtrée se moulant parfaitement sur le thorax et sur les cuisses, une vraie carapace que l'enfant portera facilement. Ainsi formée cette carapace n'est pas très solide et risque de se casser au niveau des hanches ; pour la consolider, il faut ajouter deux attelles en zinc dont la partie moyenne répond aux hanches, attelles qu'on peut incorporer dans la gouttière plâtrée et fixer ensuite à l'aide d'un système de bandelettes trempées dans le silicate de potasse.

Sur la gouttière plâtrée, servant de carcasse, on ajoute donc une grande quantité de bandes silicatées qui donnent à l'appareil une solidité suffisante.

La face interne de la gouttière, celle qui est en rapport avec le corps de l'enfant, sera aussi revisée, soignée, tous les angles et les plis seront égalisés et au besoin martelés à l'aide d'un lourd marteau.

Enfin, on garnira la gouttière de ouate en quantité suffisante pour qu'elle ne blesse aucune partie.

L'enfant est ensuite placé dans cette gouttière et assujetti à l'aide de trois ou quatre bandes ou simplement à l'aide de quelques tours de bandes en toile.

Ainsi confectionné, l'appareil est solide et répond à toutes les indications ; il peut rester pendant deux mois en place sans s'altérer.

Je trouve à cette gouttière les avantages suivants :

Elle revient bon marché (trois ou quatre francs tout compris), soutient parfaitement le tronc, n'effraye pas les parents, qui acceptent très volontiers une gouttière plâtrée et se récrient contre la gouttière de Bonnet, laisse les pieds libres et n'immobilise que les parties nécessitant une immobilisation rigoureuse.

Les inconvénients sont : d'être fragile surtout au niveau des hanches, inconvénient que j'ai cherché à pallier à l'aide de l'incorporation des attelles en zinc et de l'adjonction des bandes silicatées.

Voulant procurer aux malades pauvres qui fréquentent ma consultation les avantages de l'immobilisation, j'ai trouvé pratique de leur appliquer cette gouttière ; peu à peu j'ai étendu l'usage à ceux de la classe aisée et je ne doute pas que tous ceux qui pratiquent à la campagne, ou dans les centres peu pourvus d'appareils orthopédiques, ne trouvent dans ce moyen un excellent auxiliaire du traitement du mal de Pott.

Cette gouttière est un dérivé du lit de Lorenz, employé, dans les mêmes circonstances, par cet orthopédiste, et des gouttières que Raynal a généralisées dans ces derniers temps. Mais le lit plâtré de Lorenz est extrêmement long à faire, et Raynal n'a pas décrit l'appareil tel que je le fais.

On pourra aussi dire qu'il s'agit là d'un corset de Sayre auquel on a enlevé la moitié antérieure ; rien de plus juste, si on y ajoute en plus les hanches et les cuisses ; mais j'insiste sur ce point : le but que se propose la gouttière est tout différent de celui du corset. La gouttière est un appareil destiné à être gardé pendant le repos absolu au lit, tandis qu'avec le corset la marche est permise.

Les enfants pourvus d'une gouttière de ce genre doivent cependant vivre au grand air ; ils seront transportés dehors à bras ou sur une voiture spéciale, et pendant toute la journée. Ce traitement suffira souvent pour enrayer le mal de Pott et pour prévenir la gibbosité, les abcès ou la paralysie.

Si cependant une de ces trois manifestations venait à se montrer prépondérante, il faudrait recourir à certains moyens que nous examinerons en temps et lieu.

Si au contraire la douleur cesse et si la rigidité disparaît, il faudrait enlever l'enfant de la gouttière et lui permettre la marche en soutenant encore pendant longtemps la colonne vertébrale à l'aide d'un corset de Sayre.

Dans mon idée, le corset de Sayre devrait donc servir comme moyen adjuvant, comme une mesure de précaution qu'on prendra *à la fin* du mal de Pott, au moment où la guérison est apparente. Ce n'est qu'au bout de quatre, six mois, quelquefois davantage, qu'ayant constaté l'indolence de la région à la pression profonde, et la disparition complète de la rigidité, le médecin appliquera *un corset*.

Je ne décrirai pas, en détail, la confection du corset, description qu'on retrouvera dans tous les livres classiques et dans le récent traité de Redard, mais je dirai seulement quelques mots à propos de la confection de ces corsets que beaucoup de médecins hésitent à entreprendre, parce qu'ils n'ont pas sous la main ou à leur disposition, l'appareil de suspension de Sayre.

Or, il importe de savoir qu'il est mauvais de se servir chez l'enfant de la suspension de Sayre, quand on veut construire un corset de ce genre, et que dans l'immense majorité des cas il vaut mieux se passer des avantages de la suspension. Si on voulait quand même recourir à la suspension, il suffira d'avoir à sa disposition un aide

fort qui prend à deux mains la tête de l'enfant, et qui le soulève pendant que l'opérateur met le corset. Pour mon compte, j'ai renoncé complètement et depuis longtemps, à la suspension verticale, et je pratique seulement l'extension de la colonne vertébrale dans la position horizontale. Pour cela faire, il suffit d'étendre l'enfant sur une table ; il est couché sur le ventre ; un aide saisit les hanches, un autre aide, placé à l'autre bout de la table, saisit la tête, par le menton et l'occiput, ou plus simplement met ses mains dans les deux aisselles de l'enfant. Ces deux aides maintiennent le malade soulevé à une certaine distance de la table en même temps qu'ils exercent un certain degré de traction. L'opérateur placé à gauche du patient applique l'appareil.

Relativement à la confection du corset il est très important de savoir que la gibbosité peut être blessée et qu'il faut glisser à ce niveau un bon coussin de ouate, entre la peau et le maillot.

Il est préférable de se servir de bandes plâtrées préparées d'avance, telles qu'on les trouve aujourd'hui dans le commerce, vendues dans une boîte de fer-blanc bien bouchée.

Le corset est fait pour soulager la colonne vertébrale et pour permettre la marche ; on oublie trop souvent cette destination et on le fait en général trop lourd. Trois couches de bandes suffisent en général.

L'appareil sera inamovible et on ne le coupera que si l'enfant se plaint de douleurs, dues à une pression du plâtre sur une portion saillante du squelette. Le mieux est alors de le renouveler.

Enfin, il est avantageux de faire descendre le corset au-dessous des épines iliaques et de ne pas chercher sur ces saillies un point d'appui absolument illusoire quand il s'agit d'enfants.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le secret professionnel.

Le docteur Gellé, de Provins, soumettait naguère à la Société de Médecine Légale le fait suivant :

« Il y a quelque temps, je reçois, dit-il, la visite de deux femmes me conduisant une petite fille qui, me racontent-elles, aurait été touchée ou violée. Elles me demandent de l'examiner et de leur donner mon avis.

» Je procède à l'examen de l'enfant et je constate quelques égratignures et un écoulement purulent vulvaire assez abondant. Je déclare alors aux parents que ces lésions ne constituent pas une preuve matérielle d'un attentat, mais que si, d'autre part, il y a des présomptions sérieuses, il reste à porter plainte au procureur de la République.

» Quinze jours plus tard, je reçois une citation à comparaître. Je m'y rends et, aux questions posées par le juge d'instruction, je réponds que je dois garder le secret professionnel, les faits en question n'étant venus à ma connaissance qu'en ma qualité de médecin. Ce secret, je prétends le garder, même si la famille m'en délie.

» Au bout de quinze jours, nouvelle citation, nouvel interrogatoire, et, bien entendu, même réponse.

» Or, il faut dire que, dans l'espèce, ma déposition ne pouvait avoir aucune importance, l'inculpé arrêté avouait avoir pratiqué de légers attouchements et un médecin commis avait rédigé un rapport. On n'a donc insisté que pour le principe ; c'est aussi pour que cette question soit tranchée que j'ai gardé la même attitude.

» Je suis cité comme témoin aux assises ; dois-je continuer à refuser de répondre ? ».

M. Masbrenier, qui s'était chargé de la communication, ajoutait qu'il lui semblait, comme à M. le Professeur Brouardel du reste, que le Dr Gellé devait garder le silence, et la Société se rangeait à cet avis après avoir entendu M. Motet, qui invoquait le précédent suivant :

Lors du procès Eyraud-Bompard, M. J. Voisin, qui avait examiné, comme médecin, Gabrielle Bompard, refusa de répondre. Le procureur général n'insista pas. Je pense donc que le Dr Gellé est lié par le secret professionnel et qu'il doit garder le silence.

Cette décision n'a pas été acceptée sans protestations et nous trouvons dans le *Mouvement thérapeutique et médical* une lettre du Dr Licke, de Maisons-Laffite, lettre à laquelle la rédaction donne son entière approbation.

Voici cette lettre :

Voulez-vous me permettre de vous soumettre mon humble appréciation du cas que vous présentez, au nom du docteur Gellé, à la Société de médecine légale. Il y a là, il me semble, une fausse interprétation du secret professionnel. Je vais essayer de le prouver en établissant une comparaison.

Un homme se présente dans le cabinet d'un médecin et lui tient ce langage : « Monsieur le docteur, j'ai violé une petite fille dans telle et telle circonstance ; elle est malade, et sa mère, qui a sur mon compte de graves soupçons, va vous l'amener pour que vous lui disiez ce qu'a son enfant. Veuillez lui donner les soins nécessaires, etc., etc. »

Ici, quoi qu'il doive arriver, même que l'enfant, étant déjà nubile, ait subi un coït fécondant, et dût plus tard le médecin être taxé d'ignorance, d'incapacité par la famille, il doit garder le secret.

Mais dans le cas de M. Gellé, il n'en va pas de même ; le Dr Gellé n'est dépositaire du secret de personne ; ce n'est pas sous le sceau du secret que les femmes qui amenaient la petite fille à sa consultation demandaient l'avis du médecin, puisque leur intention est de faire intervenir la justice !

Une réponse, selon mon avis, aux renseignements que le tribunal demande au Dr Gellé n'est pas plus une violation du secret professionnel que ne l'a été celle, plus ou moins motivée, que, sur leur demande, il a faite aux parents de l'enfant. Ici, s'il y a un coupable, ce coupable ne s'est pas fait connaître au docteur Gellé, il n'a fait à ce dernier, par conséquent, aucune confidence ; donc il ne peut y avoir de secret violé.

A ce compte-là, un médecin, dans la crainte de violer le secret professionnel, ne devrait jamais se prononcer, et si des gens, avec la justice, viennent lui demander si leur parent a été assassiné ou blessé, ou s'est tué en tombant, ou s'est logé une balle dans la tête, il devra se borner à dire : « Je n'en sais rien. »

Ce n'est pas soutenable, selon moi, et je serais heureux de savoir sur quels arguments vous vous appuyez, mon cher confrère, ainsi que notre honorable et très honoré doyen, pour invoquer ici le secret professionnel, et je me demande, en terminant, de quelle manière le Dr Gellé aurait plus failli au devoir en répondant devant la justice, que ne l'a fait le médecin commis qui a rédigé le rapport.

Nous déclarons partager, nous aussi, l'opinion du docteur Licke : Où il n'y a pas de secret, il ne peut y avoir de secret professionnel, et dans le cas présent il n'y avait pas de secret.

Le précédent invoqué par M. Motet ne prouve absolument rien : Gabrielle-Bompard était inculpée et le Dr Voisin avait reçu ses confidences à titre de secret ; il était donc lié et avait raison de se récuser. Mais ici, il s'agit d'une espèce absolu-

ment différente, et, si le Dr Gellé avait le devoir de garder le silence, nous demandons comment à l'avenir un médecin pourrait délivrer un certificat quelconque de constatation.

Dans un moment où le devoir qu'a le médecin de garder le silence paraît quelque peu contesté par des propositions diverses, il serait peut-être bon de ne pas invoquer hors de propos ce secret professionnel qui fait une partie de notre force morale.

Le secret médical en aliénation mentale.

Au Congrès des médecins aliénistes français de 1892, M. le Dr *Régis* émet l'opinion suivante :

En matière de secret médical, on ne peut pas codifier, mais poser seulement des indications générales. Il examine la conduite à tenir lorsqu'on est consulté sur les chances d'hérédité de la famille, à propos du mariage d'aliénés. Lorsqu'on est consulté par les intéressés, la famille, il n'y a pas de secret médical ; si c'est par des étrangers, il faut se munir d'une autorisation écrite de la famille avant de parler. Il en est de même, lorsqu'on vous demande des renseignements sur des malades internés dans votre établissement.

M. *Vallon*. Un côté intéressant du secret professionnel est celui qui a trait à la correspondance des aliénés. Faut-il faire parvenir indistinctement à leur adresse toutes les lettres écrites par les malades ? Cela peut avoir des inconvénients pour le malade et le médecin, car le malade divulgue, sans s'en rendre compte, son état d'aliénation par ses écrits et peut, une fois guéri, s'en prendre au médecin qui n'a pas exercé suffisamment la tutelle dont il était chargé.

M. *Régis*. En ce qui concerne la correspondance des malades, on doit envoyer les lettres, à moins qu'elles ne soient insignifiantes, aux personnes prévues par la loi, et à elles seules. Pour le reste de la correspondance, on doit préalablement s'entendre avec les parents du malade sur le nom des destinataires qu'ils autorisent.

M. *P. Garnier*. Il est mauvais que le médecin se fasse lui-même appréciateur des conditions où il doit parler ; et le secret médical doit être absolu, dans toutes les circonstances où la loi l'y oblige. A propos des observations, on peut ainsi résumer les obligations du médecin. Scientifiquement, le fait doit être individualisé, mais, socialement, il faut tout faire pour lui donner un caractère impersonnel. Quant aux divulgations de la presse, il y a une différence sensible entre elles et les affirmations d'un homme de l'art.

M. *Auguste Voisin* se déclare partisan du secret médical absolu. S'il s'agit d'un mariage, il faut cependant s'arranger pour en faire comprendre les dangers, s'il y a de l'hérédité. Dans ces cas, il cherche à provoquer une consultation, deux s'il le faut, avec le médecin ordinaire de la famille, dans l'esprit de qui cette démarche jette le doute et sauve la situation.

(*France médicale.*)

Le service des Bureaux de bienfaisance.

Nous relevons dans la *Pratique médicale* la lettre suivante adressée par les médecins du Bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement à M. le Maire de cet arrondissement, Président du dit Bureau :

Les Médecins du Bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement, soussignés,

Considérant que, quel que soit leur zèle, ils peuvent être surpris par des cas urgents dans leur clientèle, de nature à retarder le service du Bureau de bienfaisance ;— que, si ces retards ne sont pas habituels aux médecins, *il n'y a pas lieu de leur adresser un blâme officiel* ;

Considérant, d'autre part, que des malades fort négligents apportent tardivement, dans la soirée, des lettres qui ont été demandées à la mairie le matin ;

Considérant également que le service du Bureau de bienfaisance est excessivement pénible pour les médecins, tant à cause des nombreuses visites qu'ils ont à faire, qu'à cause de l'étendue considérable du terrain qu'ils ont à parcourir ; — et qu'il leur est alloué une indemnité qui n'est nullement en rapport avec les services rendus,

Demandent :

1° A ce que l'Administration ait plus de bienveillance à l'égard de ses médecins ;

2° A ce que, à l'avenir, les malades du Bureau de bienfaisance reçoivent, de la mairie, l'avis suivant :

« Tout malade ayant envoyé sa lettre au domicile « du médecin, après quatre heures, pourra n'être « visité que dans la journée du lendemain ».

Les Médecins, soussignés, prient Monsieur le Maire, Président du Bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement, de vouloir bien agréer l'assurance de leur considération la plus distinguée.

Paris, le 28 juillet 1892.

Ont signé :

E. Gibert, A. Dambax, Ch. Mallet, L. Petit, Paul Cornet, L. Gourichon, Bloch, Yvon.

Nous sommes impatients de connaître la réponse qui aura été faite aux revendications si légitimes de nos confrères.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat professionnel des Médecins de Marseille.

Assemblée générale du 8 décembre 1891.

M. le Président Jubiot ouvre la séance en prononçant l'allocution suivante :

Messieurs et Chers Confrères,

En ouvrant la deuxième Assemblée Générale ordinaire de notre Syndicat, retardée par un concours de circonstances absolument indépendant de nos volontés, je ne puis tout d'abord résister au désir de vous rappeler que, grâce au groupement de nos forces et à l'élan donné par l'organe des syndicats médicaux : *Le Concours Médical*, nous avons, cette année, gagné une grande bataille ; il s'agit, vous n'en doutez pas, de la « Loi sur l'Exercice de la Médecine » votée en première lecture par la Chambre des Députés ; si d'aucuns ne sont pas entièrement satisfaits de certains articles contenus dans cette revision de la loi de Ventôse, tous membres du syndicat, nous avons applaudi le vote sans discussion de l'article 19 de la nouvelle Loi, qui nous confère le droit de nous réunir en Association Syndicale avec les bénéfices de la Loi du 21 mars 1884.

Aussi, comme Président du Syndicat Médical de Marseille, je n'ai pas hésité un instant à envoyer (aussitôt cette bonne nouvelle connue) nos félicitations et nos remercîments à l'ardent défenseur des revendications du corps médical, au Docteur Chevandier, député de la Drôme ; je n'ai pas besoin d'ajouter qu'une large part de nos remercîments s'adresse aussi à tous ceux qui l'ont aidé depuis de nombreuses années.

....

Votre Chambre Syndicale s'est réunie assez régulièrement dans le cours de cette année et, à ce propos, je saisis l'occasion de remercier, en votre nom, le comité Médical qui a gracieusement et gratuitement mis son local à notre disposition sur la demande que nous lui en avions faite.

Plusieurs vœux qui avaient été déposés sur le bureau lors de la dernière Assemblée Générale ou qui ont été adressés au Syndicat dans le courant de l'année, ont été examinés.

Le docteur Vincent avait formulé le vœu qu'il fût créé un encaisseur officiel du Syndicat.

La Commission a présenté un rapport que le Conseil a approuvé et qui conclut à la création d'un encaisseur ou Directeur de l'Agence des Recouvrements, dans les conditions qu'on vous a fait connaître, par une circulaire que chacun de vous a reçue.

Notre confrère Honorat avait déposé par écrit un vœu dans lequel il demandait au Syndicat d'examiner s'il n'y aurait pas lieu de faire une démarche auprès de la Municipalité pour obtenir que l'ordre fût donné aux Commissaires de police de requérir indistinctement Docteurs et Officiers de Santé pour les consultations médico-légales.

La Chambre Syndicale hésita quelque peu à prendre ce vœu en considération, car elle redoutait de voir toute démarche officielle du Syndicat mort-née, puisque son existence légale n'était pas encore consacrée ; néanmoins, dans le but de donner, dans la mesure du possible, la plus grande satisfaction aux intérêts des syndicataires, la Chambre pria son Président de tenter une démarche.

La demande de M. Honorat fut transmise à la municipalité, en la personne de l'adjoint délégué à la police.

Mais j'ai le regret de vous faire savoir que notre démarche n'a pas eu un résultat favorable. L'Autorité a répondu à votre Président que l'ordre de ne requérir que des docteurs en médecine pour les constatations de crimes ou accidents avait déjà été donné par la municipalité précédente.

La municipalité actuelle a maintenu et maintiendra cet ordre de la façon la plus absolue jusqu'à l'expiration de son mandat.

La question de droit ne pouvait être mise en doute ; nous n'avions qu'à nous retirer, en regrettant de n'avoir pu obtenir gain de cause pour ceux de nos confrères que cette démarche intéressait.

Le Dr Amalbert nous a transmis au nom du Dr Carcassonne et eu son nom, un vœu relatif à la création d'un service médical de nuit.

Une Commission composée de MM. Goy, Sicard (Paul) et Bremond (Georges) a étudié cette question et a présenté à votre Chambre un rapport concluant au rétablissement de ce service qui, créé jadis à Marseille, fut abandonné, mais non supprimé, et qui fonctionne à Paris, Lyon, Bordeaux, Nantes, etc., à la satisfaction de tous.

Chargé de demander à notre confrère le Dr Mireur, membre du Syndicat et adjoint au Maire, la marche à suivre pour faire aboutir notre projet, ce confrère m'a prié de lui remettre un rapport sur l'opportunité de ce rétablissement en même temps qu'un projet : C'est ce qui a été fait et voici les articles que votre Chambre a proposés :

Service médical de nuit.

Article Premier. — Il est établi, dans chaque poste de nuit de la police, un tableau des médecins qui ont accepté de faire le service de nuit.

Art. 2. — Le nombre de ces médecins dans chaque poste est illimité.

Art. 3. — Dans chaque arrondissement toute personne désirant, la nuit, le concours d'un médecin, devra se rendre au poste de police de son quartier et demander communication de la liste des médecins.

Art. 4. — Dans aucun cas, les commissaires ou leurs agents ne devront donner sur les médecins dont les noms sont inscrits sur le tableau des renseignements de nature à influencer le choix du requérant.

Art. 5. — Nul n'aura le droit d'aller s'adresser à un poste autre que celui de son quartier, hormis le cas, constaté par un agent de l'autorité, d'absence des médecins inscrits dans le poste de ce quartier.

Art. 6. — Le client, après choix fait, se rendra chez le médecin avec un agent de l'autorité qui accompagnera le médecin jusqu'à son retour chez lui et lui délivrera, pour le prix de la visite, un bon sur la caisse municipale.

Art. 7. — La ville se fait rembourser la valeur de ce bon dans le cas où la police déclare que le malade est solvable.

Art. 8. — Les honoraires dus aux médecins assurant le service médical de nuit sont de 10 francs par visite.

Art. 9. — Le service médical de nuit durera de *dix* heures du soir à *six* heures du matin.

La réponse de la Municipalité ne nous est pas encore parvenue.

Nous avons été d'autant plus heureux de recevoir ce vœu et de lui donner suite que nous avons pensé que ce serait le meilleur moyen de répondre dignement aux attaques trop souvent répétées de certains journaux contre les médecins qui refusent d'aller, la nuit, faire une visite à des malades étrangers à leur clientèle.

Le jour où le service de nuit bien organisé fonctionnera, nous ne verrons plus le corps médical en butte à ces protestations malsaines et injustes, en chronique locale.

Deux fois dans l'année le Syndicat a eu l'occasion d'apprécier les bonnes dispositions du parquet à l'égard de notre institution.

Une première fois, sur la demande d'un de nos confrères, je me suis présenté chez le Procureur de la République au sujet des consultations données rue de l'Armény, 21, par « le Directeur de l'Institut Médical de Paris », consultations annoncées par la voie des journaux ; permettez-moi de remercier ici publiquement l'honorable M. Pellefigue, Procureur de la République, de l'accueil bienveillant qu'il a fait au Président du Syndicat, bien que notre existence légale ne fût pas encore confirmée.

Le résultat de l'enquête, qui nous a été communiquée en temps opportun, établissait d'une façon bien nette le droit d'exercice de la médecine par le Directeur de l'Institut qui était M. Reynaud, docteur en médecine, diplômé par la Faculté de Médecine de Paris et dont le diplôme avait été, suivant la loi, enregistré à la Préfecture et au greffe.

La seconde plainte, portée au Parquet par le Syndicat, concernait un cas d'exercice illégal de la médecine par Madame Rissot, accoucheuse qui, dans un accouchement laborieux, avait, à l'exemple de ses devancières et bravant la loi, fait une application de forceps.

Le Parquet me fit part de la satisfaction qu'il aurait à poursuivre, après enquête, dès l'instant que la famille intéressée promettait de ne pas se dérober, comme cela a malheureusement toujours lieu dans les cas analogues.

Nous regrettons de ne pas pouvoir vous faire connaître le résultat de cette affaire qui n'est pas terminée ; mais nous savons par une supplique qui a été adressée au Syndicat, par l'accoucheuse poursuivie, que l'enquête est faite et que le Tribunal correctionnel sera, pour la première fois à Marseille, saisi d'un fait d'exercice illégal de la médecine (1).

Ce sont là, messieurs, des encouragements pour notre association naissante et dont vous apprécierez, nous l'espérons, toute l'importance.

Dans un autre ordre de faits, le Syndicat a eu encore la satisfaction de voir son intervention, de-

(1) Nous avons été heureux d'apprendre depuis que le Syndicat avait eu gain de cause et que Mme Rissot avait été condamnée à 100 fr. d'amende pour contravention à la loi de ventôse (art. 33).

mandée par un confrère, couronnée d'un plein succès.

M. F... membre du Syndicat, demandait à être soutenu dans ses revendications contre un client qui exigeait de lui la restitution d'une partie des honoraires payés à ce confrère par une compagnie que les tribunaux avaient déclarée responsable des blessures occasionnées au dit client.

Un des membres de notre Conseil judiciaire a bien voulu déroger à ses habitudes de ne pas plaider en Justice de Paix pour défendre M. F... S'appuyant sur un certificat, délivré par la Chambre Syndicale, qui approuvait d'une façon absolue la note des honoraires de notre confrère, il a soutenu ses droits au refus de toute restitution ; le jugement a été un succès pour tous, car le plaignant a été débouté de sa demande et condamné aux frais et dépens.

Ce compte rendu un peu long de nos travaux vous montre, messieurs, que les fonctions que vous avez confiées à la Chambre Syndicale ne sont pas une sinécure : aussi ne trouverez-vous pas étonnant que nous remettions nos pouvoirs ou nos charges entre vos mains, afin surtout que, les confiant à d'autres, chacun puisse, par ce roulement, se rendre un compte exact de ce qu'il y a à faire, et de ce qu'on peut faire pour l'amélioration de notre situation et le relèvement de notre profession.

Mais avant de quitter la présidence, vous me permettrez, messieurs, d'adresser, devant tous, mes bien vifs remerciements aux membres du Bureau et du Conseil, qui par leur assiduité aux séances et leur bonne volonté à se partager les travaux qui nous ont occupés, m'ont rendu agréables et faciles les fonctions de Président du Syndicat des Médecins de Marseille.

La lecture de ce compte rendu des travaux de l'année provoque les applaudissements de l'assemblée.

Le Dr Gallerand, trésorier du Syndicat, lit le compte rendu de sa gestion pendant l'année écoulée. L'état prospère des finances, amène le trésorier à proposer à l'Assemblée Générale l'adhésion du syndicat à l'Union des Syndicats Médicaux de France : les frais de cette adhésion seraient supportés par la caisse du Syndicat.

Le Président, après avoir fait voter des félicitations au trésorier, met aussitôt à la discussion la proposition du Dr Gallerand que la Chambre Syndicale a prise en considération.

MM. Tron et Garnier demandent des explications au sujet de l'opportunité de cette adhésion et des avantages que le Syndicat pourra en retirer.

Le Président, le Dr Gallerand et le Dr Brémond (Georges) répondent que c'est au moment où l'Union des Syndicats soutient les intérêts et défend les revendications du Corps médical qu'il faut par de nouvelles adhésions augmenter sa force ; l'Union aide de sa caisse et de ses conseils les associations syndicales qui ont des procès d'ordre général (affaire du syndicat de Domfront) ; elle insère dans son bulletin les comptes rendus des travaux des syndicats et l'adresse mensuellement à chaque membre ; enfin l'esprit de solidarité doit faire approuver cette adhésion qui permettra au syndicat de Marseille de venir pour sa part en aide à des syndicats moins florissants.

La proposition de M. Gallerand mise aux voix est adoptée à l'unanimité.

La création d'une agence de recouvrements est votée par l'assemblée qui adopte les uns après les autres les articles du règlement de cette agence proposés par la Chambre Syndicale :

Règlement de l'Agence de Recouvrements des honoraires des Médecins syndiqués

Dispositions Générales

ARTICLE PREMIER. — Sous la dénomination d'Agence de Recouvrements des Honoraires des Médecins Syndiqués, il est créé à Marseille un bureau de recouvrement, régi par un Directeur, dont la mission est de procéder, avec diligence, à l'encaissement de toutes les notes d'honoraires que les médecins lui confient.

ART. 2. — Le Directeur de l'Agence est l'employé des médecins adhérents qui le reconnaissent pour leur mandataire.

ART. 3. — Les adhérents ne contractent pas de solidarité. Ils ne prennent aucun engagement relativement au nombre de notes d'honoraires qu'ils sont libres de donner à l'encaissement ; ils usent des services de l'Agence selon qu'ils le croient utile à leurs intérêts.

ART. 4. — Tous les différends qui pourraient survenir entre les médecins et la Direction, sont jugés en dernier ressort par la Chambre Syndicale.

ART. 5. — L'Agence est tenue de faire prendre les notes d'honoraires que les médecins donnent à l'encaissement et d'en délivrer un bordereau signé.

ART. 6. — A la fin de chaque mois la Direction adresse à tous les adhérents une feuille spéciale qui relate la situation exacte de leur compte ; elle verse entre leurs mains le montant des recouvrements opérés dans le cours du mois, déduction faite des primes de recouvrements.

ART. 7. — Le Directeur, seul responsable des notes d'honoraires confiées à l'Agence et des sommes recouvrées, doit fournir un cautionnement de *deux mille francs* déposés en banque ; ce cautionnement pourra être augmenté par décision de la Chambre Syndicale.

ART. 8. — L'Agence est tenue au secret le plus absolu relativement aux notes que les médecins lui confient.

Des Actions Judiciaires.

ART. 9. — L'Agence représente les adhérents devant les divers tribunaux ; les procès sont faits en son nom.

Avec l'assentiment du médecin créancier, l'Agence poursuit, à ses risques et périls, le débiteur qu'elle a reconnu solvable ; les frais sont à la charge du médecin qui ordonne de poursuivre un débiteur que l'Agence dit insolvable.

L'Agence est toujours chargée des avances pécuniaires exigées par les actions en justice.

ART. 10. — Afin de restreindre les frais de procès, il est dressé une procuration collective au nom du Directeur de l'Agence. Une expédition de cette procuration est laissée au greffe de chaque Justice de Paix.

ART. 11. — Pour indemniser le Directeur des frais de la procuration collective, dont il doit faire les avances, il est compté une seule somme de six francs, comme frais de procuration, à chaque médecin, la première fois que l'Agence le représente en Justice.

Des primes de Recouvrement.

ART. 12. — La rétribution de l'Agence consiste en une prime de recouvrement établie ainsi qu'il suit :

Sur chaque note d'honoraires encaissée il est prélevé :

1° 10 % sur les notes au-dessous de vingt-cinq francs ;

2° 5 % sur les notes de vingt-six à cent francs ;

3° 4 % sur les notes de cent un à deux cents francs ;

4° 3 % sur les notes au-dessus de deux cents francs.

ART. 13. — La prime de recouvrement est due pour toutes les notes confiées à l'Agence lorsque le débiteur s'est libéré.

ART. 14. — La prime de recouvrement est portée

à 20 % pour toutes les notes qui entraîneront une action judiciaire.

M. Campana, membre du Syndicat, dépose par écrit la proposition suivante :

Si le conseil du Syndicat, après plusieurs démarches, ne peut, dans l'espace de deux mois, faire rapporter la circulaire que l'adjoint, délégué à la police, a adressée aux commissaires de police contre les officiers de santé, les membres syndiqués refuseront à l'avenir de se rendre aux réquisitions des commissaires, jusqu'au jour où cette circulaire sera rapportée.

Les élections pour la nomination des membres du Bureau et du Conseil donnent les résultats suivants :

Président, M. Jubiot.
Vice-Présidents, MM. Sicard (Paul) ; Brémond (Georges).
Secrétaire-Général, M. Brouillon.
Trésorier, M. Gallerand.
Syndics : MM. Cambon, David, Fallot, Goy, Pellegrin, Rampal, Raynaut, Rubino, Vidal, Vincent.

REPORTAGE MÉDICAL

Voici, d'après la *Gazette des Hôpitaux*, les peines auxquelles sont exposés les médecins et étudiants employés au service sanitaire en temps d'épidémie ; ce sont les articles 10 et 11 de la loi de police sanitaire de 1822 :

Art. 10. — *Tout agent du gouvernement, tout médecin, chirurgien, officier de santé, attaché soit au service sanitaire, soit à un bâtiment de l'Etat ou du commerce, qui, officiellement, dans une dépêche, un certificat, un rapport, une déclaration ou une déposition, aurait sciemment altéré ou dissimulé les faits de manière à exposer la santé publique, sera puni de mort, s'il s'en est suivi une invasion pestilentielle. Il sera puni des travaux forcés à temps, lors même que son faux exposé n'aurait point occasionné d'invasion pestilentielle, s'il était de nature à pouvoir y donner lieu, en empêchant les précautions nécessaires.*

Art. 11. — *Sera puni de mort tout individu faisant partie d'un cordon sanitaire, ou en faction pour surveiller une quarantaine, ou pour empêcher une communication interdite, qui aurait abandonné son poste ou violé sa consigne.*

Si l'on remarque que dans la loi, il n'est pas tenu compte de l'intention, mais seulement du fait, on ne peut s'empêcher de conclure que la peine est exagérée. La loi est d'ailleurs à peu près tombée en désuétude. S'il en était autrement, on aurait déjà jugé et condamné le ou les personnages influents qui retardaient naguère la publication du rapport fait sur l'épidémie suburbaine, et par suite empêchaient de prendre à temps les mesures nécessaires.

— *Trompeurs trompés.* — Un très curieux procès s'est jugé en cour du Banc de la Reine. Une compagnie s'était fondée pour exploiter « *la poire à vaporisation d'acide carbonique* », absolument souveraine contre l'influenza ; la compagnie promettait même 100 livres sterling, à quiconque aurait l'influenza, s'il prouvait qu'il s'était servi de la fameuse poire. Une brave dame en ayant fait l'acquisition, fut étonnée et indignée d'avoir l'influenza comme le premier venu.

Elle réclama les 2.500 francs promis. La compagnie fit la sourde oreille, en alléguant qu'une réclame n'engageait à rien.

Le juge a condamné la compagnie aux frais du procès, et à payer les 100 livres à la plaignante.

Ma foi ! ce n'est pas si mal jugé que ça !

— *Un prêtre a-t-il, de par son caractère, droit aux soins gratuits du médecin ?* — Telle est la question qui vient d'être posée aux tribunaux civils de Brooklin, nous apprend l'*Union méd. du Canada.* Un médecin, ayant donné ses soins à un prêtre, s'était vu refuser la note de ses honoraires par les héritiers, sous prétexte que *les services professionnels donnés par un médecin aux membres du clergé sont habituellement gratuits.* Nous supposons que le prêtre aurait été plus délicat que ses héritiers.

— *Quatre-vingt-six aiguilles dans un corps.* — M. Bastian rapporte le cas d'une femme épileptique, âgée de 55 ans, du corps de laquelle on put extraire 86 aiguilles. Cette malheureuse avait, depuis son enfance, des attaques quotidiennes d'épilepsie. Elle entra en 1886 dans un asile ; et là on observa que de temps en temps apparaissait sur un point du corps une rougeur accompagnée de sensations douloureuses, et que, de ce point, on pouvait extraire une aiguille. Sur les 86 qui sortirent, une seule fut expulsée par la bouche dans un accès de toux, les autres eurent leur issue par la peau. Ces aiguilles cheminèrent partout le corps sans jamais produire de suppuration, ni de lésions des vaisseaux ou des nerfs.

(*Siglo medico.*)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3744. — M. le Dr Daurios, à Allemans (Lot-et-Gar.), présenté par M. le Dr Colombet, de Miramont (L.-et-G.)

N° 3745. — M. le Dr Sutherland, à Neuilly-sur-Seine (Seine), présenté par M. le Dr Barthe de Sandfort, de Paris.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le Dr Mareau, de Paris, membre du « Concours médical ».

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Viennent de paraître :

1° **Les attitudes du corps** comme méthode d'examen de diagnostic et de pronostic, par le Dr L. Azoulay. Un volume broché, avec 17 planches dans le texte. — Prix : **4** francs.

Les nombreuses difficultés dont l'examen des maladies du cœur se trouve entouré, la presque impossibilité de porter un pronostic sur ces maladies ont poussé l'auteur à imaginer à la fois une attitude nouvelle du corps et une méthode d'examen de *diagnostic* et de *pronostic* par les attitudes. L'auteur expose dans son ouvrage toute la technique de sa méthode et aussi les bases physiologiques sur lesquelles elle repose, dans des paragraphes très distincts. Avant même que son ouvrage ait paru, à la suite de ses communications à l'Académie de médecine, sa méthode est vite entrée dans la pratique, et déjà plusieurs des principaux services des hôpitaux de Paris et de la province, et un grand nombre de médecins s'en servent journellement, ce qui en démontre pleinement la valeur. — *Franco* contre mandat de **4** francs, net : **3** fr. **20** pour MM. les membres du Concours médical.

2° L'**année 1892** du Guide pratique des **Sciences médicales**, publié sous la direction scientifique du Dr Letulle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. *Encyclopédie de poche pour le praticien*, par MM. Lesage, Nicolle frères, Demelin, Morax, Winter et Viau. Ouvrage in-18 de 1500 pages, cartonné à l'anglaise. — Prix : **12** fr. ; net : **9** fr. **60**, pour MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année N° 38 17 Septembre 1892

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Réunion du Conseil de Direction.

Le Conseil de Direction de la Société civile du Concours médical s'est réuni le jeudi 8 septembre.

Etaient présents : MM. Cézilly, Maurat, Gassot.

Absent et excusé : M. Gibert.

Après avoir réglé l'emploi de fonds disponibles, le Conseil a fixé l'*assemblée générale* des Membres de la Société civile du Concours Médical au *dimanche 27 novembre* prochain. La réunion se tiendra comme d'habitude au *Grand Hôtel.*

Il a ensuite arrêté la liste des invitations pour le banquet qui suivra et s'est occupé de la fixation de l'ordre du jour.

Le service militaire des étudiants en médecine, le *programme des examens* futurs qui seront exigés des officiers de santé aspirant au Doctorat, *l'indemnité maladie* ont d'ores et déjà été inscrits au nombre des questions qui figureront à cet ordre du jour. Mais le Conseil de Direction invite instamment les membres de la Société à lui adresser leurs communications, afin que les questions qu'ils désirent voir discuter en séance, puissent être examinées et portées à l'ordre du jour.

Enfin, le Conseil de Direction a soumis au Bureau de l'*Union des Syndicats* le projet de revision des statuts qu'il avait élaboré dans sa séance précédente.

Réunion du Bureau de l'Union des Syndicats.

Le Bureau de l'Union des Syndicats s'est réuni le même jour.

Etaient présents : MM. de Fourmestreaux, *Président* ; Cézilly, *Vice-Président* ; Maurat, *Secrétaire-Trésorier* ; Lécuyer, *Secrétaire-Adjoint* ; Ladmiral et Gauthier, *Assesseurs.*

La discussion s'est immédiatement engagée sur le projet de révision des *Statuts de l'Union* proposée par le Concours médical.

L'examen des statuts anciens, votés lors de la constitution de l'Union, a montré qu'ils ne sauraient répondre aux nécessités futures, alors que l'Union, au lieu d'être une réunion simplement tolérée, aura de par la loi une existence régulière. Il a montré aussi que le mode de procéder des diverses Assemblées Générales présentaient de grandes irrégularités statutaires.

Le principe de la nécessité d'une revision a donc été admis à l'unanimité.

Le Bureau a décidé ensuite qu'il convenait de procéder à cette revision de la manière la plus large et de convier à la séance les *Délégués de tous les Syndicats médicaux*, sans exception. Il importe en effet de dissiper les malentendus qui peuvent subsister encore et de faire comprendre, à tous, les avantages qu'il y a à agir en commun et à ne pas disperser les efforts.

Le Bureau a admis le principe de la proportionnalité dans la représentation des Syndicats et décidé que les délégués devraient être munis de pouvoirs réguliers.

Chacun des articles anciens a été enfin examiné ; de nombreux amendements ont été pris en considération, plusieurs articles additionnels ont été provisoirement acceptés.

Ces projets de réforme seront étudiés complètement dans le *Concours médical* et dans le *Bulletin des Syndicats*, afin que les délégués à l'Assemblée Générale du 27 novembre puissent se prononcer en connaissance de cause.

L'ordre du jour provisoire de cette Assemblée Générale porte :

Allocution du Président.

Compte rendu du Secrétaire général.

Proposition de revision des statuts de l'Union.

Assistance médicale gratuite dans les campagnes.

Questions diverses soumises par les Syndicats.

Le Bureau de l'Union prie les Syndicats adhérents qui auraient des questions à soumettre à l'Assemblée Générale de vouloir bien les adresser à M. le Dr Cézilly, au bureau du Concours médical, afin qu'elles puissent être examinées et inscrites à l'ordre du jour.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le choléra de 1892.

L'épidémie continue dans les régions déjà contaminées, mais ne paraît pas s'étendre, grâce à l'énergie des mesures prises par l'administration. Le *Journal officiel* vient de publier le décret suivant du président de la République qui organise la prophylaxie. C'est en vertu de ce décret, et conformément à la loi de 1822, relative aux *maladies pestilentielles*, que les médecins seront forcés de déclarer les cas de choléra qu'ils auraient à soigner ; il est donc utile qu'ils en connaissent le texte exact :

Article 1er. — Toute personne entrant en France par les frontières du Nord et de l'Est, de Dunkerque à Delle inclusivement, est tenue de déclarer à la frontière, aux autorités chargées de recevoir cette déclaration, la commune dans laquelle elle se rend.

Elle est, en outre, tenue de présenter au maire de cette commune, dans les vingt-quatre heures de son arrivée, le passeport sanitaire, qui lui aura été remis à la frontière.

A Paris, cette présentation du passeport sanitaire devra être faite à la préfecture de police ou aux mairies.

Art. 2. — Il est enjoint à toute personne logeant un ou plusieurs voyageurs entrés en France dans les conditions prévues à l'art. 1er, d'en faire la déclaration à la mairie de la commune, dès l'arrivée du voyageur.

A Paris, cette déclaration devra être faite à la préfecture de police ou aux mairies.

Cette obligation s'applique non seulement aux aubergistes et aux logeurs en garni, mais encore à tout particulier.

Art. 3. — Tout maire auquel aura été faite, conformément aux articles 1 et 2, la déclaration d'arrivée d'un voyageur devra faire visiter ce voyageur pendant un délai de cinq jours au minimum à partir du jour de l'entrée de ce voyageur en France ou en Algérie. S'il survient quelqu'accident suspect, et notamment de la diarrhée, le maire devra faire visiter le voyageur par un médecin : En cas d'impossibilité, il en référera au préfet ou au sous-préfet par les voies les plus rapides.

Art. 4. — Le voyageur est tenu de subir les visites prescrites par l'article précédent.

S'il vient à se rendre dans une nouvelle commune avant l'expiration du délai de cinq jours, il est tenu de faire une nouvelle déclaration conforme à celle prescrite par l'article premier.

Art. 5. — Le voyageur empêché, par un motif quelconque, de se rendre dans la commune désignée par lui aux autorités sanitaires de la frontière, est tenu, dans les douze heures de son arrivée, de le déclarer au maire de la commune où il s'arrête. Le maire fera procéder aux visites prescrites par l'article 3.

Art. 6. — La déclaration à la mairie de tout cas suspect d'être un cas de choléra est obligatoire dans un délai de vingt-quatre heures pour tout docteur en médecine ou officier de santé qui en a constaté l'existence, pour le chef de famille ou les personnes qui soignent le malade et pour toute personne qui le logerait.

A Paris, cette déclaration devra être faite à la préfecture de police ou aux mairies.

Art. 7. — Est interdite jusqu'à nouvel ordre l'importation en France des drilles et chiffons, ainsi que des objets de literie tels que matelas,

FEUILLETON

Le service militaire et les médecins (*suite*).

En résumant toutes les critiques auxquelles donne lieu la décision ministérielle du 7 octobre 1890, relative au service militaire des étudiants en médecine, on voit que les principales modifications dont elle est susceptible sont les suivantes :

1º Faire cesser l'interruption d'un an que les étudiants en médecine subissent dans leurs études, sans aucun avantage pour l'Etat et au grand détriment de leur instruction professionnelle.

2º Leur donner toute l'instruction technique qui leur est indispensable pour assurer le service dont ils seront chargés en campagne.

3º Les faire participer au service actif en qualité de médecins, de manière à assurer l'exécution de ce service en temps de paix, sans augmenter les cadres du personnel de santé.

La première de ces modifications, celle qui concerne l'interruption des études médicales, a autrefois fixé l'attention, dans des conditions qui ne sont pas sans analogie avec celles qui font l'objet de cette étude.

A une époque où le service de santé de l'armée était encore bien loin de cette autonomie qui lui permet de réaliser aujourd'hui tant de progrès, au profit de l'hygiène et de la santé de nos soldats, la hiérarchie des officiers du corps de santé comprenait, indépendamment des grades actuels, le grade de *sous-aide*. On devenait sous-aide, après avoir satisfait à des examens auxquels étaient admis à prendre part tous les étudiants en médecine remplissant certaines conditions déterminées.

Les fonctions des sous-aides consistaient à seconder les médecins et chirurgiens, chefs de service, dans les hôpitaux militaires et aux ambulances. En s'initiant à la pratique de la médecine et de la chirurgie sous la direction de chefs d'une valeur éprouvée, le temps qu'ils passaient dans ce grade n'était pas perdu au point de vue du savoir et de l'expérience qu'ils devaient acquérir, mais on ne peut méconnaître, que l'enseignement des cours et des cliniques leur faisant défaut, il en résultait pour leur avenir un préjudice réel.

Entr'autres inconvénients inhérents à la situation des sous-aides, la *Gazette des hôpitaux* du 6 juillet 1850 signale « leur éloignement des « foyers d'instruction, avant la fin de leur éducation médicale ».

Or, cet inconvénient, dont personne ne contestait la gravité, lorsqu'il s'agissait des sous-aides, a été fortement aggravé pour les étudiants en médecine visés par la décision ministérielle du 7 octobre 1890.

En effet, les sous-aides attachés au service des hôpitaux militaires ou des ambulances restaient

couvertures, etc., venant de Russie, d'Allemagne ou de Belgique.

Art. 8. — Est interdite jusqu'à nouvel ordre l'importation en France des fruits et légumes poussant dans le sol ou au niveau du sol et provenant de Russie, d'Allemagne ou de Belgique.

Art. 9. — Les dispositions du présent décret sont applicables aux personnes et aux objets entrant dans un des ports de la France ou de l'Algérie et provenant de Russie, d'Allemagne ou de Belgique.

Art. 10. — Les contraventions aux dispositions du présent décret seront constatées par des procès-verbaux et poursuivies conformément à l'article 14 de la loi du 3 mars 1882, qui punit d'un emprisonnement de trois à quinze jours et d'une amende de 5 à 50 francs, quiconque aura contrevenu en matière sanitaire aux ordres des autorités compétentes.

Art. 11. — La loi du 3 mars 1822 et le présent décret seront publiés et affichés dans toutes les communes du territoire de la République.

Les ministres de l'intérieur et des finances, le Dr Proust, inspecteur général des services sanitaires, les Drs Netter et Thoinot, auditeurs au comité consultatif d'hygiène publique de France, les préfets, les maires de France et d'Algérie sont délégués, conformément à l'article 1er de la loi du 3 mars 1882 pour assurer l'exécution du présent décret.

Note adressée par la préfecture de la Seine aux médecins-inspecteurs des écoles du département (1).

L'apparition d'accidents cholériformes dans la banlieue et à Paris impose à l'Administration le devoir de prendre les mesures préventives nécessaires pour arrêter les progrès de cette épidémie.

Dans ces circonstances, l'Administration s'est particulièrement préoccupée de l'hygiène des écoles primaires, où sont réunis de nombreux enfants et qui peuvent facilement devenir un foyer épidémique.

Trois points sont spécialement à examiner :

1° Les locaux scolaires ;

2° L'alimentation des enfants ;

3° La surveillance des enfants, et les premières mesures à prendre en cas de symptômes suspects.

I. — *Locaux scolaires.*

Les instituteurs devront faire arroser fréquemment les classes, préaux, vestibules, escaliers, etc., avec un liquide désinfectant.

Les classes et préaux devront, en outre, être aérés d'une façon permanente par l'ouverture de toutes les baies, dès que les enfants quittent les salles et surtout pendant la nuit.

Quant aux cabinets d'aisance, en dehors des désinfections exécutées par le service spécial, ils devront être lavés avec soin, de manière qu'aucune souillure ne séjourne jamais sur les sièges ou sur le sol.

M. l'architecte de la commune devra être invité à visiter tous les établissements d'enseignement et à signaler d'avance à la municipalité les travaux qu'il reconnaîtra nécessaires pour faire disparaître, autant que possible, les causes d'insalubrité.

II. — *Alimentation des enfants.*

Les enfants devront, autant que possible, user de préférence des eaux de sources.

Dans les écoles, où l'on ne peut se procurer ces

(1) Cette note est la reproduction, sauf de légères modifications prescrites par le Conseil d'hygiène, d'instructions envoyées en 1884.

---

sous la direction de chefs médicaux. Appliqués à des occupations toutes professionnelles, ils ne pouvaient perdre de vue les études auxquelles ils s'étaient consacrés, avant leur entrée au service.

Que l'on compare cette situation, avec celle qui est faite aux étudiants en médecine appelés à bénéficier des dispositions de la loi du 15 juillet 1889, et l'on verra combien ces derniers sont durement traités par la décision du 7 octobre 1890, qui les oblige à interrompre complètement leurs études pendant un an, et cela, sans aucun avantage pour l'État. Est-il nécessaire de rappeler que pendant les 6 premiers mois de cette interruption, ils sont exclusivement soumis aux obligations de service imposées aux hommes de leur classe, et que pendant le 2e semestre, ils ont à suivre les cours et exercices spéciaux aux infirmiers et brancardiers régimentaires, et des conférences sur le service de santé de campagne ?

Bien des médecins militaires du service actif se sont souvent demandé quel est, de ces deux semestres, celui qui est le plus inutilement employé pendant cette année de service.

Rien de plus naturel, que de charger des étudiants en médecine, dont le plus grand nombre ont 2, 3 et même quatre années d'études, de faire des cours théoriques et pratiques à des infirmiers et à des brancardiers militaires, mais obliger ces étudiants à suivre ces cours pendant un semestre, en qualité d'élèves !!

Personne ne contestera que leur temps pourrait être beaucoup plus utilement employé dans l'intérêt de l'Etat.

2° Dans un article précédent, nous nous sommes efforcé de montrer que, faute de connaissances techniques nécessaires, en campagne, le *médecin de réserve* ne pourra pas rendre aux armées tous les services qu'on doit attendre de lui.

Ces connaissances, étant d'ordre essentiellement pratique, il ne pourra les acquérir qu'en remplissant en temps de paix les fonctions de médecin dans un corps de troupe et dans un hôpital militaire alternativement. Il n'y a pas d'autre moyen d'acquérir ces notions d'hygiène militaire, dont la mise en pratique est une condition indispensable à la conservation des armées.

Assez de fautes ont été commises autrefois contre les règles de l'hygiène militaire pour que chacun se préoccupe des moyens qui seront employés à l'avenir pour en prévenir le retour.

On n'a pas oublié que, pendant la guerre de Crimée, le chiffre de nos pertes a été de 95.000 hommes sur lesquels 75.000 ont succombé à des maladies infectieuses (Chenu, Mortalité dans l'armée, page 12).

« Baudens a vu succomber, en 3 mois, pendant « une formidable épidémie de typhus, qu'il pou- « vait conjurer, 10,000 hommes en Crimée et à

caux, on devra se servir pour la boisson des enfants d'eau préalablement bouillie la veille, et, s'il y a lieu, légèrement acidulée ou alcoolisée.

L'emploi de liquides trop froids doit être rigoureusement proscrit.

Les instituteurs devront recommander aux enfants de ne pas abuser des fruits, et surtout des fruits non mûrs, et de ne faire aucun excès de nourriture et de boisson.

III. — *Surveillance des enfants et premières mesures à prendre en cas de symptômes suspects.*

Enfin, les instituteurs devront surveiller l'état de santé des enfants de façon à constater, aussi tôt que possible, tout commencement de diarrhée et à éloignor immédiatement l'enfant qui en serait atteint ; c'est là surtout, que devra s'exercer la vigilance des instituteurs et des institutrices.

Au moindre symptôme inquiétant, les instituteurs devront envoyer l'enfant chez ses parents avec un billet signalant la nature de son indisposition, et faire procéder immédiatement à la désinfection des cabinets d'aisance en y faisant jeter du sulfate de cuivre (1).

De plus, afin que la mairie et le médecin-inspecteur soient tenus au courant de la situation sanitaire de chaque école, les directeurs et les directrices, dès qu'un enfant aura été renvoyé à ses parents pour cause de dérangement intestinal, devront de suite en donner avis par un double bulletin adressé :

1° A la mairie ; 2° au médecin-inspecteur de l'école, qui aura, dès lors, à veiller d'une manière toute spéciale sur l'établissement où l'indisposition se sera produite.

Dès aujourd'hui, d'ailleurs, la surveillance de MM. les médecins-inspecteurs devra s'exercer plus étroitement qu'auparavant ; et, dans ce but, ils auront à apporter plus de vigilance encore que par le passé pour assurer l'exécution des prescriptions de l'arrêté réglementaire du 10 juillet 1879 sur l'organisation de l'inspection médicale.

Leur premier soin, au reçu de la présente note, sera de procéder à une visite aussi prompte que possible de tous les établissements de leur circonscription. Ils devront renouveler désormais cette visite dans chaque établissement *au moins deux fois par mois*.

A la suite de chaque visite, MM. les médecins-inspecteurs devront adresser au maire de la commune un rapport sommaire sur les conditions sanitaires de l'établissement visité, notamment au point de vue des menaces d'épidémie de choléra. Dans le cas où un instituteur aurait signalé des indices de choléra, le médecin-inspecteur devra immédiatement se rendre dans l'école où ces symptômes se seraient produits, afin de nous proposer d'urgence les mesures à prendre.

Lorsque le médecin-inspecteur aura constaté un cas cholérique dans une école, il devra prévenir immédiatement le maire de la commune ainsi que l'inspecteur d'Académie, directeur de l'enseignement primaire.

(1) La Commission est d'avis qu'on mette à la disposition du public des paquets de sulfate de cuivre de 25 grammes, portant une inscription indiquant l'usage qu'on doit en faire. Ils serviront à préparer des solutions fortes en dissolvant deux paquets par litre d'eau et des solutions faibles en dissolvant un seul par deux litres d'eau. Les solutions faibles (12 grammes par litre) seront utilisées pour le lavage de la figure et des mains et la désinfection du linge non souillé ; les solutions fortes (50 gammes) serviront à désinfecter les déjections (matières de vomissements et matières fécales) et le linge souillé.

« Constantinople et 46 médecins.» (Chenu, Mortalité dans l'armée p. 43.)

Il est indispensable, que tous les médecins appelés à servir en temps de guerre, possèdent ces connaissances en hygiène, auxquelles nous demanderons la conservation de nos armées.

Or, c'est en servant en qualité de médecins, en participant aux travaux journaliers des médecins du service actif, pendant un stage d'un an, qu'ils parviendront à connaître les règles d'hygiène militaire, qu'ils seront appelés à pratiquer en temps de mobilisation.

Les connaissances administratives indispensables à un médecin, pendant la durée d'une campagne, ne feront pas moins défaut aux médecins de réserve que les notions d'hygiène militaire si la décision ministérielle du 7 octobre 1890 continue à être appliquée.

En campagne, bien plus qu'en temps de paix, le médecin, est appelé à intervenir à chaque instant dans des questions relatives, soit à des cas de réforme, soit à des retraites pour blessures ou infirmités contractées dans le service. Les pièces qu'il doit établir, les certificats qu'il doit rédiger, exigent qu'il ait déjà une certaine expérience du service. Il est permis de se demander comment il aura pu acquérir cette expérience en passant une année au régiment à faire l'exercice avec les hommes de sa classe et à suivre des cours de brancardiers et d'infirmiers militaires. N'est-il pas de la dernière évidence que, pendant le stage d'un an qui, de toutes parts, est réclamé pour eux, les médecins de réserve seront mis en mesure de posséder les connaissances administratives dont ils ne peuvent être dépourvus en campagne ?

Quant à la dépense que l'adoption de cette mesure occasionnerait au trésor, n'est-il pas établi que les médecins de réserve pendant leur année de stage doivent participer au service hospitalier et régimentaire, au même titre que leurs confrères du service actif ? Par suite, il devient inutile d'augmenter les cadres de ces derniers.

A côté d'une dépense il y aurait donc une économie.

Rappelons à ce sujet ces paroles d'un médecin militaire, qui attachait un si haut prix à la conservation du soldat : « Il est de nécessité « que l'on prise assez haut l'intérêt de la conservation et de la guérison, pour ne reculer « devant aucune dépense juste et raisonnable ; « ensuite, que des avantages matériels et moraux « dignes des hommes qui se vouent aux études « longues, difficiles, élevées de la profession « médicale et aux devoirs périlleux de son exercice aux armées, soient libéralement octroyés. » (Chenu, Mortalité dans l'armée, page 81.)

En outre, et dans tous les cas, à partir de ce jour, MM. les maires de chaque commune auront à faire parvenir à la Préfecture de la Seine (direction de l'enseignement), toutes les semaines, dans la journée du samedi, un bulletin sommaire contenant, en regard de l'indication de chaque école, primaire ou maternelle, un renseignement précis sur la situation sanitaire de l'établissement.

Si, parmi les précautions indiquées ci-dessus il en est quelques-unes, comme l'achat des matières désinfectantes, qui peuvent donner lieu à des dépenses supplémentaires, l'Administration compte, pour les couvrir, sur le concours de la Caisse de l'école et du Conseil municipal de chaque commune, qui sauront certainement proportionner leurs sacrifices aux exigences d'une situation exceptionnelle. Les mesures hygiéniques ont déjà notablement amélioré la situation en Russie. En Allemagne, à Hambourg, à Lubeck, à Altona, l'épidémie est encore grave. En Belgique, l'état est stationnaire. En France, le choléra diminue de jour en jour au Havre, mais il augmente dans le département de l'Eure, aux environs de Bernay, de Serquigny ; à Rouen, les victimes sont peu nombreuses ; le centre et le midi de la France paraissent absolument indemnes. A Paris, la semaine qui vient de s'écouler a été assez meurtrière : les hôpitaux sont encombrés de cas de choléra et de diarrhée cholériforme : une suppléante laïque de l'hôpital Saint-Antoine, chargée d'un service de cholériques, a succombé en deux jours ; d'autres infirmiers ou infirmières ont été plus ou moins gravement atteints. Les quartiers les plus sérieusement contaminés sont La Villette (XIXe arrondissement) et La Roquette (XIe arrondissement). Comme dans l'épidémie de 1885, ce sont les maisons de pauvres, les habitations de chiffonniers, qui sont les véritables foyers de l'épidémie : Une de ces maisons ou cités de La Villette porte le nom de « *Butte-aux-Puces* » ; c'est assez indiquer que la malpropreté et l'encombrement sont toujours d'importants facteurs dans la constitution des foyers épidémiques.

Le Préfet de la Seine vient de prendre l'arrêté suivant :

Vu l'envahissement de l'épidémie cholérique, et les hôpitaux étant remplis quant à leurs services d'isolement, il est décidé, à partir d'aujourd'hui 5 septembre, que les malades cholériques de la rive droite seront transportés d'urgence à l'hôpital Saint-Louis (baraques), et les malades de la rive gauche à l'Hôtel-Dieu (annexes). Actuellement, à Paris, on est outillé pour faire cent désinfections par jour.

Au Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, M. Proust a annoncé que, conformément aux instructions de M. le ministre de l'Intérieur, non seulement, le train de plaisir de Paris au Havre n'aura pas lieu, mais, en outre, on a retenu un train de pélerins à destination de Lourdes, comprenant environ 800 personnes. — Jusqu'à nouvel ordre, la Compagnie de l'Ouest n'organisera pour le Havre (dans un sens ou dans l'autre) ni trains de plaisir, ni trains de pélerins.

Les paquebots-transatlantiques continuent à effectuer leur service par Cherbourg. Les bateaux Havre-Trouville-Honfleur-Caen ont suspendu leurs traversées.

Nous ne pouvons qu'applaudir à ces mesures rigoureuses, mais d'une utilité incontestable.

Le traitement du choléra à l'hôpital Saint-Antoine.

Les cholériques sont isolés à l'hôpital Saint-Antoine dans trois pavillons distincts : Moïana, Damaschino, Lorain. Dans ces trois pavillons, bien situés au milieu de vastes terrains, largement aérés, on a institué le traitement suivant, d'après les méthodes de M. le professeur Hayem :

I. Tout cholérique, à son entrée, est mis immédiatement dans un bain chaud à 40° durant vingt minutes à une demi-heure. Suivant les cas, le bain est sinapisé ou non, durant les dernières minutes du séjour.

Si le malade ne réagit pas aprés le bain, si l'algidité persiste et si le pouls reste négatif, on pratique immédiatement (jour et nuit) une transfusion à 38° de 1.500 grammes de sérum artificiel, stérilisé à l'étuve :

Eau....................	1.000 gr.
Chlorure de sodium......	6 gr.
Hydrate de soude........	0 gr. 05 (1)

II. Ce traitement n'a aucune action, quand le choléra est à marche foudroyante ;

III. Le cholérique, dans le cas contraire, est soumis ensuite *systématiquement* :

1° à la diète absolue ;

2° aux prescriptions suivantes :

a) Solution d'acide lactique à 15 grammes pour 1000, suivant la méthode employée dans le service de M. le prof. Hayem depuis plusieurs années :

Deux litres par jour.

b) Thé au rhum. Glace. Eau de Seltz.

c) En cas de vomissements intenses et répétés, on pratique plusieurs fois par jour le lavage de l'estomac, avec de l'eau bouillie. Le lavage terminé, on remplit la cavité gastrique avec cinq cents grammes ou un litre de la solution lactique précédente.

d) Toutes les deux ou trois heures, d'une façon *systématique*, comme dans la méthode de Brand, le cholérique est soumis au bain chaud à 40°, sinapisé ou non, durant vingt minutes à une demi-heure. Ce mode de traitement est appliqué jour et nuit.

Au sortir du bain, le malade éprouve fréquemment quelques vertiges ou quelques lipothymies sans aucune gravité, disparaissant par la station horizontale et la flagellation sur le thorax. Depuis le début de l'épidémie, 598 bains ont été administrés : on n'a noté aucune complication par ce fait.

Le bain élève la température rectale et axillaire de 0°5 à 2°, suivant les cas.

Outre cette élévation thermique, on note une augmentation de la tension artérielle et une activité plus grande de la circulation, la diminution ou la disparition de la cyanose, l'apparition d'une sudorése notable suivie de sommeil. Fréquemment le cholérique urine dans le bain. On note une diminution très notable des crampes.

e) Si malgré cette balnéation systématique le

(1) *Concours médical* 1884, page 495.

malade redevient algide, il est prudent de le soumettre à une transfusion de sérum artificiel. Ces transfusions peuvent être pratiquées plusieurs fois sur le même malade, en une journée.

f) Pour provoquer l'émission de l'urine, il est bon de remplir la vessie avec de l'eau boriquée tiède. Dans quelques cas, ce procédé a donné de bons résultats. Il mérite d'être étudié.

g) Les médicaments adjuvants employés ont été les suivants, selon les indications : caféine, éther en injections sous-cutanées. Oxygène. Ventouses. Enveloppement ouaté.

h) Par suite de l'ingestion de l'acide lactique, l'appétit revient très vite, dès le troisième jour du traitement. Le café, le bouillon, le pain sont les premiers aliments de la convalescence. Le lait, à plusieurs reprises, a provoqué le retour des troubles digestifs.

REVUE D'HYGIÈNE

L'eau potable.

Quoiqu'on ait, de tout temps, accordé, à l'eau potable, une grande valeur dans l'alimentation, ce n'est guère que depuis les recherches bactériologiques modernes qu'on a entrevu toute l'importance de cette question ; en effet, avoir de bonne eau, ne signifie plus seulement avoir une eau limpide, de goût agréable, suffisamment aérée et minéralisée pour être de digestion facile, mais encore privée de tout microbe pathogène, et par conséquent incapable de transmettre les maladies auxquelles elle sert fréquemment de véhicule.

Cette définition pourrait effrayer par sa rigueur ; car, surtout à la campagne, on n'a pas à sa disposition le matériel et le temps nécessaires pour faire des recherches, forcément assez délicates. Aussi cette formule doit-elle être adoucie de la façon suivante : *une eau de source, limpide, contenant peu de matières organiques, chimiquement bien constituée, est généralement pure, et se trouve dans d'excellentes conditions pour rester pure*. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi ; et, dans les cas douteux, c'est l'analyse microscopique qui déterminera s'il faut abandonner une eau, ou la purifier artificiellement. Voici, du reste, l'opinion moderne, telle qu'elle a été formulée au congrès des hygiénistes allemands : *On ne doit recourir à une autre eau, que si l'eau de source est impossible*.

L'eau de source, maintenant, de même qu'autrefois, est donc considérée comme la plus salubre, à tous les points de vue, et l'on en comprendra facilement la raison, si l'on songe qu'elle est produite par une filtration lente, dans laquelle elle perd les particules en suspension, et les matières organiques qui se détruisent en s'oxydant : « On a attribué ce phénomène au microbe de la nitrification, mais il y a encore un autre élément de purification, c'est *l'adhésion* de certaines substances dissoutes, avec les grains de sable. Falk et Soyka, ont en effet, démontré qu'un liquide contenant des substances organiques actives en était privé par une filtration très lente à travers du sable. C'est ainsi que des solutions de morphine, de strychnine et d'atropine ont perdu leur pouvoir toxique. C'est par une propriété du même ordre que le charbon décolore les liquides (1). »

(1) *Lyon médical*, X, Delore : L'eau potable à Lyon.

C'est évidemment, aussi, à cette adhésion, qu'il faut attribuer une partie de l'action des poudres inertes dans les affections du tube digestif.

Mais on n'a pas toujours de l'eau de source à sa disposition, notamment dans les villes. L'eau de rivière, qu'on est la plupart du temps obligé d'employer pour l'alimentation, est forcément souillée, non seulement par les eaux d'égout, comme à Paris, mais même simplement par une foule de détritus animaux et végétaux, qui augmentent la proportion des matières organiques et en font un excellent milieu de culture pour les microbes de toutes sortes. La preuve en a été faite depuis assez longtemps et la genèse de l'épidémie cholérique actuelle autour de Paris, en est un nouvel exemple très frappant ; si nous remarquons que l'épidémie cholérique de 1885 a débuté de la même façon, nous pourrons en tirer la conclusion que le microbe du choléra a dû continuer à vivre d'une vie latente, grâce à la constitution des eaux de la Seine, ce qui ne serait probablement pas arrivé, si ces eaux avaient été moins chargées de matières organiques, et par suite moins propres à la vie microbienne.

Dans ce cas, lorsque, par suite de l'insuffisance ou de l'absence d'eau de source, les villes sont obligées de consommer l'eau de rivière; lorsque à la campagne les puits ou les sources ont été contaminés, il est nécessaire de faire subir à l'eau des manipulations qui puissent la stériliser : il y a pour cela deux procédés, la filtration et l'ébullition suffisamment prolongée.

Pour les particuliers, la purification d'une eau contaminée devra se faire par l'ébullition ; elle n'est ni coûteuse, ni difficile, et elle offre une certitude bien plus grande que les filtres, si perfectionnés soient-ils. En effet, comme le dit M. A.-J. Martin dans une étude (1) sur la *stérilisation des eaux par la chaleur*, à laquelle nous ferons des emprunts dans cette revue, si la filtration des eaux a fait de grands progrès dans ces dernières années, tous les procédés imaginés jusqu'ici n'offrent qu'une sécurité relative ; ils exigent une surveillance incessante, et des soins indispensables. En résumé, même avec les meilleurs systèmes, « on conserve quelque doute sur le résultat final de l'épuration, parce que : l'on voit toujours survenir un moment où l'eau n'est plus absolument stérile, que ce défaut soit dû à la trop longue durée de marche de l'appareil, ou à un accident survenu pendant son fonctionnement. » (2)

Ces critiques s'adressent aux grands appareils filtrants établis par les villes, aussi bien qu'aux petits filtres à la portée de tout le monde. Et cependant ce sont les filtres qui sont le plus généralement employés, parce qu'on les considère comme suffisants, ou à peu près, et qu'ils n'enlèvent pas son goût agréable à l'eau de boisson. Il y a d'ailleurs des procédés qui peuvent donner pendant longtemps de bons résultats, pourvu qu'on y apporte une attention continue.

La filtration simple à travers des bancs de gravier, par des puits creusés sur les bords du cours d'eau, donne un mélange d'eau de rivière et d'eau de la couche souterraine ; il se produit

(1) *Revue d'hygiène et de police sanitaire*.
(2) *Étude critique* des procédés d'épuration et de stérilisation des eaux de boisson, par le Dr G. Pouchet. Travaux du comité consultatif d'hygiène de France.

CORRESPONDANCE
(Suite)

dans les conditions les plus favorables, et vous pouvez, avec tout avantage, vous mettre en relation avec la maison Méré et Cie, successeur de Pâtre, avec laquelle nous sommes en relations depuis longtemps. Elle vous fera d'excellentes fournitures et elle se conformera à toutes vos indications pour le mode de conditionnement des médicaments. Vous trouverez, chez elle également, tous les objets de la publicité du journal. Les prix sont eu rapport réel avec la valeur des fournitures.

Dr S., Paris. — Nous avons suppléé à ce défaut d'indication et, dans une pareille circoustauce, reposez-vous sur nous de ce soin.

Dr B., à C. (Calvados). — Nous recevrons bien volontiers tous les documents dont vous pouvez disposer au sujet du Syndicat du département et nous vous félicitons de vous être mis à la tête de cette organisation. Vous ferez, sûrement, beaucoup de bien et nous connaissons assez votre esprit de suite, votre persévérance, pour être assurés que vous irez jusqu'au bout et mènerez à bien cette affaire. Au début tout va bien ; ce n'est que lorsque les difficultés se présentent, lorsque ceux qui sont venus à l'œuvre, ne trouvent plus qu'elle répond, *sur-le-champ*, à tous leurs désirs, qu'il faut des hommes ayant crédit et confiance, pour démontrer que ce n'est qu'avec de la patience, du travail, des concessions mutuelles, qu'on arrive à faire une œuvre durable. Prenez exemple sur le Syndicat du Loiret. Son organisation est un modèle à suivre et vous connaissez bien celui qui en est l'âme, la cheville ouvrière. Nous irons bien volontiers l'année prochaine, constater, dans une de vos réunions, les progrès accomplis.

Dr S., à L. C. R. — Nous allons examiner cette affaire ; il y a eu peut-être une erreur et nous vous en rendrons compte.

M. G., méd., à C. L. P.— Nous vous avons écrit pour vous prier de retourner à la Compagnie les bons revêtus de votre signature. Pourquoi nous obliger à cette intervention qui complique nos occupations déjà

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.

Billets d'aller et retour à prix réduits.

La compagnie voulant faciliter les voyages sur son réseau, à l'occasion de la Fête nationale du 22 septembre, a décidé que les billets d'aller et retour à prix réduits qui seront délivrés du 20 au 22 septembre seront tous indistinctement valables pour le retour jusqu'aux derniers trains de la journée du 26 septembre.

La durée de validité fixée ci-dessus pourra être prolongée de moitié à deux reprises (les fractions de jour comptant pour un jour) moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 °/o du prix des billets.

Les billets d'aller et retour de ou pour Paris, Lyon et Marseille conserveront, bien entendu, leur durée normale de validité lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

22 Septembre 1892.

A l'occasion de la Fête Nationale du 22 septembre 1892, la Compagnie d'Orléans a décidé que les billets aller et retour à prix réduits, prévus par son tarif G. V. no 2 délivrés du mardi 20 au dimanche 25 septembre, ces deux jours inclus, seront valables pour le retour jusqu'aux derniers trains du lundi 26 septembre.

Ces billets conserveront la durée de validité déterminée par le tarif précité, lorsqu'elle sera supérieure à celle ci-dessus fixée.

bien nombreuses ! Il était bien simple de nous écrire les motifs de votre abstention, si vous en avez !

Dr B. J. — Nous avons reçu votre brochure : La médecine de colonisation en Algérie, et elle nous guiderait dans le cas où cette question viendrait à être traitée dans nos colonnes.

Dr N.— Nous vous prions de faire votre proposition de suite. Elle sera soumise au Conseil de Direction du Concours et s'il la considère comme pratique, on la mettra à l'ordre du jour de notre Assemblée générale du 25 novembre.

Dr B., de S., Paris. — Nous vous remercions de nous avoir procuré l'adhésion du docteur S. Nous avons eu cette année, grâce à nos lecteurs, un plus grand nombre d'adhésions à notre Société, que les années précédentes. Mais ce nombre n'est nullement en rapport avec les services rendus par notre organisation et nous sommes bien assurés que bien des membres du Concours se feront un reproche de ne nous avoir pas amené leurs amis et voudront accomplir ce devoir de tout sociétaire. Il leur suffira d'énumérer les œuvres accomplies depuis 14 années par le Concours médical, pour réussir à convaincre les indifférents.

facilement des fissures ou renards ; et souvent, surtout quand il y a une crue, l'eau est trouble et impure.

A Berlin, on emploie ce système un peu perfectionné ; on fait de nouveau passer l'eau sur plusieurs filtres de sable ; mais on n'obtient des résultats à peu près satisfaisants, qu'au prix de soins minutieux non interrompus et de dépenses continuelles.

Le procédé Anderson, préconisé récemment par M. Babès, et employé à Anvers, consiste essentiellement en le passage de l'eau dans des cylindres contenant de la limaille de fer et tournant sans cesse, en même temps qu'on fait arriver un fort courant d'air au moyen de tubes adaptés aux cylindres. Les particules organiques sont oxydées et détruites, et l'eau peut être considérée comme à peu près stérilisée.

Le système filtrant Lefort, essayé à Nantes, mais non encore appliqué, aurait donné des résultats très satisfaisants, si nous nous en rapportons à l'étude très détaillée qu'en a faite M. Gautrelet, à la Société de médecine publique, séance de février 1891. Il se compose d'une tour-puits, absolument étanche, renforcée à la base par des rochers artificiels, et d'un filtre de sable de rivière fin, uniforme et bien lavé, en forme de tronc de cône, ayant 15 mètres de diamètre à la base et 10 mètres au sommet. Les analyses de l'eau filtrée, faites à l'observatoire de Montsouris, et au laboratoire du Val-de-Grâce ont donné d'excellents résultats.

Cependant, jamais on n'a trouvé l'eau absolument privée de bactéries ; et pour obtenir une stérilisation parfaite, c'est à l'ébullition qu'il faut avoir recours. En effet, d'après M. Miquel (1), l'eau portée à 110-115° pendant un quart d'heure, est absolument stérile.

On a fait à ce procédé plusieurs objections : l'eau perd une grande partie de ses gaz ; sa digestibilité est amoindrie, ainsi que ses propriétés nutritives ; de plus, elle précipite ses sels calcaires et magnésiens ; enfin, elle n'a plus sa saveur normale, elle est devenue fade et lourde. Ces objections n'ont pas toutes la même valeur ; la composition chimique de l'eau est fort peu modifiée ; mais il y a davantage à tenir compte de la diminution des gaz, surtout l'oxygène qui a servi à oxyder les matières organiques ; de même la température est un facteur important de la question. Mais en refroidissant l'eau au contact de l'air, elle rentre en possession d'une partie des gaz qu'elle a perdus.

Comme nous l'avons déjà dit, il n'est pas difficile aux particuliers de faire bouillir l'eau qui sert à la consommation. Pourtant, la plupart considèrent la chose comme ennuyeuse et répugnante, et ne s'y résolvent pas volontiers : soit paresse, soit scepticisme, on préfère généralement risquer les chances d'une contagion morbide que de prendre une précaution, qui gêne les habitudes anciennes. Et il serait certainement bien préférable que les villes fournissent elles-mêmes l'eau stérilisée par la chaleur, et refroidie à température convenable. Mais si la chose est pénible pour les particuliers, le problème devient difficile à résoudre quand il s'agit d'une quantité d'eau considérable.

Le principe avait été posé, il y a une dizaine d'années dans le *Journal d'Hygiène* par M. Ch. Tellier ; il consistait à chauffer l'eau sans perdre d'air, à la refroidir mécaniquement, et à l'oxygéner encore à l'aide d'une pompe à air. Après bien des essais, on est parvenu à construire des appareils qui répondent à ces desiderata ; tels sont les stérilisateurs d'eau, sous pression, de MM. Rouart, Geneste et Herscher, étudiés récemment dans une thèse intéressante par M. Lesieur (Thèse de Paris, 1892).

Sans entrer dans le détail, nous dirons que dans ces appareils, l'eau est portée dans une chaudière à 120° ; elle passe dans un serpentin où elle se refroidit au contact de l'eau froide qui monte en sens inverse pour la remplacer dans la chaudière, refoulée par une pompe à vapeur ; elle passe en dernier lieu sur un clarificateur de silex concassé qui rend à l'eau sa limpidité. Pendant toute l'opération, une pression de 5 à 6 kilogrammes, maintenue sur l'eau, empêche les gaz de se dégager, et conserve à l'état de dissolution certains sels qui, sans cela, se déposeraient sur les parois.

Ces stérilisateurs peuvent être fixes ou mobiles ; dans ce dernier cas, toutes les pièces nécessaires sont réunies sur un chariot ; la chaudière peut contenir 100 litres, et l'appareil peut fournir 400 litres d'eau stérilisée à l'heure.

Des expériences faites par M. Pouchet, il résulte que, pour avoir une stérilisation absolue, il faut chauffer l'eau dans l'appareil pendant quinze minutes à 120 degrés ou pendant dix minutes à 130 degrés. Les matières organiques diminuent dans la proportion d'un tiers, brûlées par l'oxygène dissous dans l'eau. La proportion des gaz dissous est diminuée, mais pas d'une façon considérable. Enfin l'eau stérilisée est moins riche en carbonate de chaux et de manganèse, ce qui ne l'empêche pas d'être propre aux usages alimentaires.

Mais ce n'est pas encore assez que d'avoir de l'eau stérilisée par l'ébullition ; il faut de plus la conserver telle. C'est avec juste raison que le conseil d'hygiène et de salubrité publique a conseillé l'usage de l'eau *récemment* bouillie. Mais on n'a peut-être pas assez insisté sur ce point que l'ébullition doit être récente ; car on se tromperait étrangement si l'on croyait que l'eau bouillie est à l'abri d'une nouvelle infection ; au contraire, si l'on en croit le Dr Miquel, elle serait plus favorable que l'eau de source au développement des organismes pathogènes. Il faut donc que les réservoirs qui lui sont destinés, soient tenus avec le plus grand soin et la plus grande propreté, et que l'eau soit autant que possible conservée à l'abri de l'air.

Ces appareils ont été employés par le ministère de la marine, à Brest, dans une division des équipages de la flotte, où sévissait depuis longtemps la fièvre typhoïde : les résultats obtenus ont été remarquables. Et cependant on n'avait pris que peu de soin des réservoirs, puisque, soit par la paroi de ces réservoirs, soit par le contact de l'air, l'eau était arrivée à contenir 541 colonies microbiennes, toutes d'ailleurs banales et nullement pathogènes, par centimètre cube.

Deux nouvelles expérimentations ont été faites, au camp de Satory, et lors de la revue du 14 juillet dernier, à Longchamps.

Ces appareils ont donc été surtout considérés jusqu'ici comme très utiles, en temps d'épidémie,

(1) Manuel pratique d'analyse bactériologique des eaux, par M. le Dr Miquel, 1891.

dans une agglomération de peu d'importance, comme un hôpital, une caserne, pour les corps de troupes en campagne, etc. Voici d'ailleurs la conclusion du rapport de M. Pouchet votée par le comité consultatif d'hygiène publique de France : « L'appareil stérilisateur mobile constitue, avec l'étuve à désinfection et le pulvérisateur à solution antiseptique de MM. Geneste et Herscher, un arsenal à l'aide duquel, il devient possible de lutter, avec toute l'efficacité désirable, contre les maladies infectieuses. »

Quant aux grandes agglomérations, il n'y a à l'heure actuelle qu'une tentative commencée: c'est à Parthenay où l'eau potable fait absolument défaut et où il est impossible de capter des sources suffisantes pour la consommation. Un premier projet de filtration des eaux du Thouet a dû être abandonné, en raison du peu de sûreté que ce procédé donnerait : ces eaux contiennent en effet des proportions énormes de bactéries et de matières organiques. On s'est donc résolu à une filtration grossière suivie de la stérilisation dans les appareils, dont nous venons de parler. La dépense reviendra, une fois les appareils installés, à environ 0 fr. 35 par mètre cube. Grâce à une double canalisation, l'une d'eau stérilisée pour la consommation, l'autre d'eau grossièrement filtrée, pour les usages ordinaires, on sera sûr d'avoir une quantité suffisante d'eau stérilisée.

Cependant, malgré les résultats satisfaisants que nous venons d'exposer, la stérilisation et la filtration ne doivent être considérées que comme des pis-aller.

Et nous ne croyons pouvoir mieux faire pour terminer que de citer la conclusion de l'étude de M. Martin : « Nous dirons volontiers, avec M. Ogier et le comité d'hygiène, qu'il sera toujours préférable pour une ville de chercher à se procurer de l'eau pure, des eaux de source véritables, que de purifier de l'eau sale, quelle que soit la perfection des moyens employés pour cette purification...... Mais dans toutes les occasions où l'on sait que l'eau d'alimentation est polluée ou lorsqu'on a des raisons sérieuses de le craindre, l'hésitation n'est pas possible..... Tels qu'ils sont, les appareils stérilisateurs offrent des garanties suffisantes. Assurant la stérilisation absolue et complète de l'eau qu'on y recueille, ils seront toujours hygiéniquement supérieurs aux filtres actuellement usités, de quelque nature qu'ils soient. Comme le disait l'un de nos plus éminents hygiénistes, avec un filtre, il ne faut boire que de l'eau dont on connaît la provenance ; avec un stérilisateur, on peut consommer n'importe quelle eau. »

Sur l'influence des particules sablonneuses mélangées à l'eau des puits tubulaires, et la richesse bactérienne de cette eau.

Tel est le titre d'un mémoire préparé dans le laboratoire de M. Arloing et publié par M. H. Frenkel dans la *Revue d'Hygiène*. Quoique l'étude faite ne soit pas complète, et que par suite, les conclusions ne puissent pas avoir toute la rigueur nécessaire, cependant le fait qui y est relaté nous a paru assez intéressant pour mériter une mention spéciale.

— A l'arsenal de Lyon se trouvent deux pompes, donnant, toutes deux, une eau parfaitement claire et limpide, avec cette différence que l'une, « la pompe du parc », donnait pendant quelques minutes de l'eau sablonneuse. Un cas de mort étant survenu à l'arsenal, on songea à l'eau comme source d'infection, et des échantillons furent examinés au laboratoire de M. Arloing.

Les examens n'ont porté que sur la quantité et non sur la qualité des germes ; et l'on a trouvé que, tandis que la « pompe de ménage » ne contenait que quinze germes par centimètre cube, la pompe du parc en contenait environ cinq cents par c. m. c. Les analyses ont été faites à plusieurs reprises et à différents moments : les résultats ont toujours été les mêmes : il est donc bien certain que, tandis que la pompe de ménage fournit de l'eau presque absolument pure, la pompe du parc coutiont des germes en quantité assez considérable. Et, quoiqu'on ignore de quelle nature sont ces germes, ou est très porté à conclure, comme le Dr Frenkel, que l'eau de la première pompe est de bonne qualité, tandis que l'eau de la seconde est mauvaise.

Une enquête a été faite pour savoir de quelle façon l'eau avait pu être infectée. La fosse d'aisance est plus éloignée de la seconde pompe que de la première ; il semble donc qu'il n'y ait pas lieu de l'incriminer. La distance du Rhône est de quelques centaines de mètres, et le puits contaminé en est plus éloigné que le puits sain. Les deux puits sont construits de la même façon ; les conditions sont absolument égales.

Enfin, l'eau du parc est sablonneuse, c'est-à-dire que les particules de sable sont mobiles et viennent au premier coup de pompe encombrer le conduit en bouchant les trous dont il est percé à sa partie inférieure. Le sable est d'ailleurs propre, bien lavé et il n'y a aucune substance organique rendant l'eau trouble. Ce serait donc simplement à la présence du sable en suspension dans l'eau que serait due sa richesse bactérienne : ce qui s'explique assez bien, puisqu'on sait que le sable a la propriété de recueillir les matières organiques et les bactéries qui y adhèrent facilement ; il peut ainsi constituer un milieu de culture suffisant pour permettre aux germes de vivre et de se développer, même sans matières organiques.

Voici la conclusion de cette étude : « Ce qu'il importe de retenir, c'est qu'une eau, parfaitement claire et limpide, et qui reste claire pendant des mois, conservée dans un récipient bien fermé, peut contenir un très grand nombre de germes, lorsqu'elle provient d'un puits où elle était mélangée avec des particules sablonneuses..... Maintenant, si l'eau d'un puits tubulaire est habituellement sablonneuse au début d'une prise, ou si les trous du tube s'obstruent aisément, il est prudent d'abandonner ce puits, et d'en percer un autre dans un point voisin. »

Pr Hervouet.

CORRESPONDANCE

Hydrothérapie française et allemande.

Nous avons suivi de près, et étudié dès son apparition, le système Kneipp, dont on a fait grand bruit en Allemagne, et aussi un peu en France. Nous nous étonnions alors, de voir que nos voisins fussent si peu avancés en hydrothérapie....

Nous tenons à dire aux médecins français :

« Qu'allez-vous chercher là-bas ! La méthode dite nouvelle, du curé bavarois, est-elle autre chose que notre hydrothérapie, simplifiée, si vous le voulez, et mise à la portée de tous ? »

Et pourtant, le curé bavarois a eu un mérite, c'est celui d'apprendre à ses ouailles, qui probablement en usaient fort rarement, à se servir d'eau fraîche en lotions et en ablutions. Mais Moïse, déjà bien avant lui, prescrivait des ablutions quotidiennes aux Hébreux ! L'abbé Kneipp d'ailleurs avoue lui-même qu'il n'a pas inventé le traitement des maladies par l'eau. Il nous raconte, page 3 de son ouvrage, qu'il souffrait depuis de longues années d'une maladie de langueur, à laquelle les remèdes ordinaires n'apportaient aucun soulagement, lorsque le hasard fit tomber entre ses mains, un traité d'hydrothérapie, dont il ne nous cite pas l'auteur. Il suivit les préceptes de ce livre, et recouvra la santé.

Il est assez probable qu'il apprit là ce qu'étaient les lotions, les affusions, etc. Les autres procédés employés à Voerishofen ne sont pas plus nouveaux. Est-ce que les demi-maillots, les maillots, que le curé appelle châles, ou manteaux espagnols ne sont pas utilisés partout ? Ne se servait-on pas avant lui, de bains de pieds, de bains généraux ou partiels, de bains de vapeur, de fumigations ? Il y a bien la promenade pieds-nus dans l'herbe mouillée, qui ne manque pas de pittoresque. Elle est, nous le supposons du moins, appliquée avec discernement, et comme telle peut n'être pas nuisible. Mais pour obtenir le même résultat, d'une manière plus sage, n'avons-nous pas depuis longtemps, le bain de pieds froid à eau courante, le maillot des pieds, la douche en jet sur la plante, etc.?

La seule modification que le curé ait introduite en hydrothérapie, c'est l'habitude de se rhabiller sans s'être essuyé. Mais la modification n'est ici qu'apparente. En effet, pour suivre son principe à la lettre, il faut porter une chemise de toile grossière, et se donner de l'exercice immédiatement après s'être rhabillé ! Mais est-ce que la marche, qui suit chaque opération, et le frottement sur la peau, d'une toile rude, ne produira pas bientôt le même effet que la friction ? Et cette absence de friction, admissible pour un malade capable de se livrer à un exercice un peu actif, réussira-t-elle de même à des impotents, aux personnes incapables de faire quelques pas ?

On dit aussi que d'ordinaire l'abbé remplace les douches par des affusions. Mais n'agissons-nous pas de même, quand nous appliquons des douches en jet brisé ! lorsque nous écrasons le jet, et que nous en faisons varier la pression, suivant les différentes parties du corps, lorsque nous la proportionnons à la susceptibilité particulière de chaque baigneur, ne donnons-nous pas des affusions, un peu plus régulières seulement, que celles obtenues à l'aide d'une cafetière ou d'un arrosoir ?

En résumé, il est bien évident que l'abbé Kneipp a emprunté à l'hydrothérapie la plus grande partie de ses procédés. Il a appris à ses compatriotes, à appliquer l'hydrothérapie d'une façon plus simple et plus douce qu'on ne le fait généralement en Allemagne ; mais nous sommes, depuis longtemps en France, loin des procédés violents de Priessnitz.

Le curé bavarois comprend bien ce que l'on peut obtenir de l'hydrothérapie ; mais ce qui prouve qu'il a encore quelque chose à apprendre de la méthode scientifique, et qu'il est simplement en retard sur elle, c'est l'aveu contenu dans les lignes suivantes, empruntées à l'article du *Concours*. « Tels sont, dit-il, les principaux moyens employés par l'abbé Kneipp : *Il faut y joindre encore les douches, qu'il n'utilise que depuis peu de temps.* »

N'avons-nous pas raison de dire qu'on n'a rien inventé à Voerishofen, et qu'on y retarde seulement d'une soixantaine d'années sur l'hydrothérapie française.

D[r] Greuell,
de Gérardmer (Vosges).

C'est à la demande d'un de nos lecteurs que nous avons résumé la méthode de Kneipp dans le *Concours médical*. Nous n'avons pas eu un seul instant la pensée de nier l'existence de l'hydrothérapie française, que M. Greuell défend avec un patriotisme digne d'éloges. Quand l'abbé Kneipp n'aurait fait que rendre plus pratiques, plus populaires, les moyens hydrothérapiques, ce serait un mérite suffisant pour qu'on lui consacrât deux pages. On n'emploie pas, que nous sachions, des procédés aussi simples dans les établissements hydrothérapiqu es spéciaux ; nous ne sommes pas seuls à reconnaître ce mérite.

On n'a vu sûrement dans notre article qu'un exposé impartial d'une méthode thérapeutique, suivi de quelques encouragements à user fréquemment de l'hydrothérapie, surtout quand elle est si simplifiée.

(*N. de la R.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'opération césarienne et l'Eglise

En raison de l'importance qu'elle attache au baptême de l'enfant, l'Église s'est fréquemment préoccupée de l'opération césarienne et des conditions dans lesquelles elle doit être pratiquée. Les traités spéciaux entrent dans une foule de cas particuliers et de *distinctions* qu'il serait fastidieux de rapporter, mais il peut être intéressant de s'arrêter au cas spécial de l'opération césarienne après le décès de la mère.

Certaines personnes, dit Benoît XIV, ont exprimé le vœu qu'on prohibât l'opération césarienne même après le décès de la femme enceinte ; ils trouvent cette pratique barbare et en même temps inutile, l'enfant ne pouvant prolonger, disent-ils, son existence au delà de celle de sa mère. Cette erreur est encore accréditée de nos jours, non seulement auprès du vulgaire, mais ce qui devrait paraître incroyable, parmi bon nombre de médecins, chrétiens même parfois et pratiquants, qui ne craignent pas de refuser leur ministère ou se montrent très difficiles à l'accorder, pour cette opération, sous prétexte que l'enfant a cessé de vivre, en même temps que la mère, ou n'a pu lui survivre que fort peu d'instants. Benoit XIV déclare n'avoir jamais pu approuver cette conduite et avoir au contraire, lorsqu'une femme enceinte venait à décéder, constamment inculqué l'obligation d'extraire au plus tôt l'enfant de son sein.

C'est l'enseignement général conforme à la doctrine de saint Thomas qui dit : « *Si tamen mater mortua fuerit, vivente prole in utero, dabet aperiri ut puer baptizatur.* » Le Rituel en fait de même un précepte formel.

La loi civile Romaine, quoiqu'elle n'eût en vue

que la conservation de la vie temporelle de l'enfant, défendait aussi d'inhumer la mère, qui mourait enceinte, avant d'avoir retiré l'enfant de son sein.

D. Craisson, auquel nous empruntons ces extraits (*de Rebus Venereis ad usum Confessariorum*; Paris 1870), cite des faits plus ou moins vraisemblables justifiant cette nécessité de l'opération et arrive à cette question : « mais par qui l'opération doit-elle être faite ? » Voici sa réponse :

Autant que possible, par des médecins et des chirurgiens, leur profession les mettant dans le cas de la mieux faire que tout autre. A leur défaut, on doit recourir à la sage-femme ; et même, si celle-ci était bien dressée et la mort de la mère bien constatée, il serait plus décent de se servir de son ministère. Au défaut des uns et des autres, toute personne peut et même doit faire cette opération si elle n'en est pas tout à fait incapable. Tout individu, en effet, est tenu, par la loi de la charité, de procurer, s'il le peut, le salut à son prochain, lorsque celui-ci est en danger de se perdre pour l'éternité, surtout lorsque le danger est extrême, comme dans le cas présent.

Le prêtre y est-il tenu ? Régulièrement, il doit s'en abstenir pour ne pas compromettre son caractère, par un acte qui est peu en harmonie avec la réserve, qui lui est prescrite à l'égard des personnes du sexe. Mgr Devie, le cardinal Gousset et l'auteur du traité *de Castitate* disent même qu'il ne doit jamais s'y prêter, s'il ne veut s'exposer à être poursuivi par les magistrats, Mgr Bouvier, dans les premières éditions de son *Sextum*, ne paraît pas le dispenser de ce devoir lorsqu'il n'y a personne autre qui puisse ou veuille le remplir. Dens est de même avis. Mgr Deschamps, archevêque de Malines, parle dans le même sens, dans une lettre publiée, par l'*Univers*, le 15 mars 1869 ; et il est difficile de voir en effet pourquoi le prêtre serait dispensé de remplir une obligation, dont aucun autre n'est exempt dans le cas supposé. M. Rousselot veut qu'on s'en tienne à la décision de l'évêque, ce qui n'est pas ordinairement praticable, vu que d'ordinaire, on est pressé d'agir ; et d'ailleurs si l'obligation existe, l'évêque peut-il en dispenser ?

Nous avons tenu à donner *in-extenso* cette réponse, malgré sa longueur, parce qu'elle est édifiante à plusieurs titres. Tout commentaire est d'ailleurs inutile : il suffit que la doctrine soit bien exposée, et elle l'est suffisamment, croyons-nous.

On objectera peut-être, que ce sont là des discussions bizantines et qu'à notre époque de progrès, le cas ne se présente guère où le prêtre songe à intervenir.

Nous convenons volontiers qu'il s'en tient plutôt à l'avis judicieux de N. N. S. S. Devie et Gousset et que la crainte du magistrat, ce commencement de la sagesse, l'empêche de mettre la main à la pâte — mais, s'il n'opère pas lui-même, il incite, et parfois d'une manière très pressante, d'autres personnes sur lesquelles son influence peut avoir une action décisive.

Nous n'en voulons pour preuve que le fait qui s'est passé en janvier 1891, à Brousmat (Aveyron) : un sieur B...., cédant à l'initiative pressante du curé d'A.... pratiqua l'opération césarienne sur le corps d'une femme R... qui venait de mourir.

Or, c'est là une pratique absolument intolérable. Faut-il rappeler que les signes de la mort réelle ne sont pas toujours si faciles à constater que le premier venu, eût-il lu et relu les précis d'embryologie sacrée, puisse ouvrir le corps d'une femme qui lui paraît morte ? Faut-il s'étendre sur les procédés sommaires que forcément il doit mettre en usage ? Nous préférons plus simplement invoquer des raisons d'ordre public, qui veulent que chacun se mêle de sa profession.

C'est d'ailleurs ce qu'a sainement jugé le tribunal d'Espalion, devant lequel a été poursuivi le sieur B..., sous l'inculpation d'Exercice illégal de la médecine. (Voir *Concours médical*, 1891, nº 26).

L'homme de l'art pouvait seul s'assurer que la femme R... avait cessé de vivre ; seul il pouvait juger de l'opportunité de l'opération, seul il pouvait prendre les précautions nécessaires et pratiquer l'opération avec les soins voulus ; seul en un mot il pouvait assumer la responsabilité d'un acte qui, pour tout autre, ne constitue qu'une violation de cadavre.

Il est bon, qu'en présence de la doctrine de l'Église, la loi civile établisse nettement les droits et les devoirs de chacun.

La chose est faite, et les prêtres trop zélés retiendront peut-être qu'il suffit d'une simple opération de ce genre, pour constituer l'exercice illégal de la médecine et qu'il n'est pas nécessaire qu'il y ait exercice habituel.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association syndicale des médecins de la Seine.

Séance du 20 juillet 1892.

M. *Le Blond* donne lecture d'un passage d'une lettre qui lui est adressée par un médecin exerçant dans une de nos stations thermales les plus fréquentées et qui est relatif à un fait se produisant paraît-il, de plus en plus fréquemment. Voici ce dont il s'agit : Un certain nombre de médecins, et parmi eux quelques professeurs, envoient des clients faire une cure thermale, qu'ils dirigent eux-mêmes par correspondance.

« C'est là, aux yeux du confrère, auteur de la lettre, une indélicatesse à l'égard de leurs clients, car ils sont absolument incapables d'obtenir le résultat qu'obtiendrait le médecin, qui sait manier ses eaux et ils s'exposent à des accidents, qui, du reste, arrivent quand ils ne restent pas en deçà des énergies utiles. »

« C'est, de plus, une indélicatesse confraternelle à l'égard des médecins, qui exercent aux stations et ne font pas de clientèle l'hiver, afin de mieux respecter, en dehors de la saison, la clientèle qui leur est momentanément confiée. »

Il a paru à M. Le Blond que ces faits méritaient d'attirer l'attention de l'Association syndicale et il lui propose, en conséquence, de voter les conclusions suivantes :

Tout malade se rendant dans une station thermale doit être muni d'une lettre émanant de son médecin ordinaire et faisant connaître à son confrère hydropathe les raisons, qui l'ont déterminé à lui adresser le malade.

Pendant la durée du traitement hydro-minéral, le médecin ordinaire doit éviter toute ingérence dans le traitement.

M. *Longo* ne croit pas que la prétention du confrère hydropathe soit admissible, car il pense que l'on peut très bien diriger par correspondance le traitement d'un malade, qui se rend à une station d'eaux. Puis, généralisant et étendant sa proposition des eaux minérales aux autres spécialités ; yeux, oreilles, maladies syphilitiques, etc., il s'élève contre la prétention des spécialistes, qui voudraient de plus en plus empêcher les méde-

cins de soigner leurs malades. Ces restrictions progressives constituent une tendance dangereuse à son avis, et contre laquelle il faut réagir, car elle ne peut aboutir qu'à un amoindrissement de notre art.

M. *Vergeade* ne partage pas cet avis et pense qu'il serait imprudent de prétendre diriger de loin un traitement, qui exige de la part de celui qui l'applique, outre des connaissances spéciales, une observation attentive et journalière, afin de pouvoir être modifié opportunément suivant les circonstances.

M. *le Président Le Baron*. — Il y a là une question de droit et une question de fait.

Il est évident que la prétention de nos confrères des eaux minérales de nous empêcher de soigner nous-mêmes les malades que nous dirigeons sur une station balnéaire serait excessive.

D'un autre côté, vouloir maintenir jalousement ce droit, ne serait-ce pas aller contre l'intérêt des malades et ne serait-ce pas en outre s'exposer à froisser, sans raison valable, nos confrères des eaux, qui ont droit à notre estime et à notre confiance. Je mets donc aux voix les deux questions suivantes :

1° Le médecin traitant a-t-il le droit de diriger lui-même la cure des malades qu'il envoie dans une station d'eaux minérales ?

2° Agit-il contre l'intérêt de son malade, si, pour sauvegarder ce droit, il se prive du concours du médecin des eaux ?

La majorité a répondu par l'affirmative à chacune de ces deux questions.

M. *le Président* met en discussion une autre question. Ne serait-il pas dangereux pour les intérêts du médecin traitant, que le malade connût l'adresse à Paris, du médecin d'Eaux ?

A son avis, un médecin d'eaux devrait toujours refuser de donner son adresse à Paris à un malade qu'on lui envoie dans la station où il exerce, et cela sous peine ou de mécontenter ce malade si celui-ci insiste pour qu'il continue à lui donner ses soins après son retour de la station, ou de mécontenter le médecin qui le lui a confié.

M. *Grand*. — Cette règle serait difficilement applicable dans la pratique. Parmi nos confrères qui exercent l'été dans une station hydro-minérale, il en est qui exercent aussi la médecine à Paris, pendant l'hiver. Il convient de s'en rapporter à la loyauté de nos confrères spécialistes. C'est simplement pour eux un devoir de bonne confraternité et d'honnêteté professionnelle de ne pas chercher à conserver les clients qui leur ont été momentanément confiés.

M. *le Président* met aux voix la proposition suivante :

Un médecin d'Eaux, qu'il exerce ou non à Paris, ne doit, *sous aucun prétexte*, soigner à Paris un malade qui lui a été envoyé aux Eaux.

Cette proposition est adoptée.

M. *le Président Le Baron* donne lecture d'une lettre du Dr Laloy, qui demande à soumettre les faits suivants à l'Association. Il avait été appelé par la famille d'une jeune fille pour la soigner d'une blessure, qu'elle avait reçue le 14 juillet, par une pièce d'artifice. Un autre médecin, amené par l'auteur de la blessure, arrive auprès de la malade et, malgré l'opposition de la famille, enlève le pansement pour examiner la blessure. Quelques jours après, à propos d'un autre de ses malades, le même confrère lui fait demander une consultation qu'il refuse, en ajoutant qu'il acceptera une consultation avec tout autre qu'avec lui. Malgré cela, il l'aurait trouvé, le lendemain, auprès de son malade et en train d'enlever le pansement.

La question est double :

1° Ce médecin pouvait-il soigner la malade, malgré l'opposition de la famille ?

2° Avait-il le droit de soigner la malade en l'absence du médecin traitant ?

Une discussion s'engage à laquelle prennent part MM. Bellangé, Michel, Grach, Barjon, Le Blond, Delineau, Petit. A la suite de cette discussion, le Président met aux voix la question suivante :

Dans le cas présent, la conduite du médecin amené par l'auteur de la blessure, et qui a, malgré l'opposition de la famille, et sans entente préalable, avec le médecin traitant, retiré le pansement pour examiner la blessure, a-t-elle été incorrecte ?

La majorité répond par l'affirmative.

REPORTAGE MÉDICAL

Une victime du devoir professionnel. — Le *Wracht* donne les détails suivants sur l'assassinat du Dr Moltchanoff à Kwalinsk, lors des troubles provoqués par l'apparition du choléra dans cette ville.

Notre confrère allait quitter Kwalinsk pour habiter Pétersbourg, lorsqu'il fut chargé de l'installation et de la direction des baraques cholériques.

Lorsque les premiers troubles éclatèrent malgré les conseils de ses amis qui le suppliaient de partir, Moltchanoff jugeant que son devoir était de rester, demeura à son poste.

Le 30 du mois dernier, il remplissait ses fonctions, quand une première troupe de révoltés arriva. Tous demandaient à grands cris sa tête ; ils l'avaient surnommé le Dr Choléra et l'accusaient de s'être engagé par écrit, et moyennant une somme d'argent, à empoisonner l'eau de la ville.

Le docteur put, à grand peine, se sauver à cheval. Caché dans une maison amie il fut trahi par les domestiques.

La foule cerna la maison, parlant d'y mettre le feu. Pour épargner tout dommage à son hôte, Moltchanoff se livra lui-même aux émeutiers.

Trois popes qui intervenaient furent à moitié tués par la foule, qui commença à faire subir au médecin un long martyre.

On le lança en l'air pour le laisser violemment retomber sur le pavé, on le piétina, on lui écrasa le crâne à coups de talon. Comme il vivait encore, on le livra aux femmes.

A coups de pierre, de marteaux, elles achevèrent de le tuer. Une fois mort, elles mutilèrent horriblement le cadavre et laissèrent quelques-unes d'entre elles en faction, pour empêcher qu'on enlevât le corps méconnaissable.

Une pension a été accordée par le gouvernement russe à la veuve et aux enfants du malheureux.

(*Praticien*.)

— De nombreux Français, surtout des médecins, ont voulu, dans l'intérêt de l'humanité et de la science se faire inoculer le bacille cholérique.

Un américain, grâce à sa situation de reporter d'un grand journal, est en train d'accaparer le mérite de tous ses prédécesseurs.

Voici, à son sujet, une lettre de M. *Pasteur*.

« Paris, le 13 septembre 1892.

» M. Hawkine a publié récemment un procédé de vaccination préventive des animaux contre le choléra asiatique. M. Hawkine est le préparateur de M. Roux à l'Institut Pasteur.

« C'est sous la direction de M. Roux et sous son

contrôle immédiat que les expériences ont été faites, ce qui leur donne une valeur réelle.

» M. Hawkine, M. le docteur Roux se sont vaccinés eux-mêmes, ainsi qu'une vingtaine au moins de personnes, et plusieurs d'entre elles se sont soumises ensuite à *l'inoculation sous la peau* du choléra très virulent, sans en éprouver d'effets nuisibles. Sont-elles vaccinées contre le choléra intestinal ? C'est ce qui reste à déterminer.

» M. Stanhope, correspondant spécial du *New-York Herald*, partant pour Altona ou Hambourg, à la demande de M. Bennett, directeur de ce journal, a pensé avec M. Hawkine et le docteur Roux qu'il serait moins exposé aux attaques du choléra, dans ces villes contaminées, s'il se soumettait aux inoculations préventives dont je viens de parler.

» Je ne doute pas que M. Stanhope ne trouve auprès des médecins des deux villes que j'ai citées l'accueil que mérite le dévouement dont il fait preuve et dont je suis moi-même le premier à le féliciter.

» L. Pasteur,
» Membre de l'Institut de France,
directeur de l'Institut Pasteur. »

Le choléra en Europe. — En France, l'épidémie semble s'atténuer. Le nombre des cas et des décès est en diminution assez notable à Paris et dans la banlieue ; on ne signale plus qu'une cinquantaine de cas et une vingtaine de décès ; au Havre, une dizaine de cas, à Rouen trois ou quatre.

En Allemagne, Hambourg est toujours extrêmement éprouvée ; il y a quotidiennement plus de 300 cas et plus de 150 décès cholériques.

En Russie, la situation reste à peu près la même : à Saint-Pétersbourg il y a une soixantaine de cas et une trentaine de décès ; mais, dans les provinces, le nombre des décès s'élève à environ deux mille chaque jour.

En Belgique, la situation s'améliore et le nombre des cas diminue à Anvers, tout comme au Havre.

— *Le langage des oiseaux.* — Le savant américain Garner fait école : tandis qu'il va dans les forêts de l'Afrique étudier la langue simienne, un de nos compatriotes, M. Louis Prévôt du Houdray, grand amateur de basses-cours, a eu l'idée de prendre des notes sur le gloussement souvent si expressif des poules, des coqs et des poussins.

M. Prévôt du Houdray procède de la même façon que le docteur Garner. Il a établi au milieu de la cage où causent coqs et poulettes, un phonographe qui enregistre minutieusement les moindres sons énoncés par la gent jaboteuse.

Que d'indiscrétions va commettre le phonographe de M. Prévôt du Houdray, lorsque des observations suffisantes auront permis à ce dernier d'établir la grammaire des gallinacés.

M. Prévôt du Houdray, qui étudie le langage des poules depuis un mois environ, compte présenter prochainement à l'Académie des Sciences un premier mémoire sur les intéressantes observations qu'il a pu faire jusqu'à ce jour.

(*Gazette hebd. des Sciences méd.*)

— Sir James Crichton Brownes, dans une communication faite à une association dentaire, prétend que l'état peu satisfaisant des dents modernes est dû à l'usage du pain blanc qui, privé de son, est pauvre en fluor, lequel fluor paraît indispensable aux dents, et ne se trouve guère dans les aliments usuels. La conclusion, c'est que le pain blanc, fin, est à abandonner pour être remplacé par le pain commun. (*Revue scientifique.*)

— *Epidermine.* — Sous ce nom, *les Nouveaux Remèdes* nous font connaître une préparation destinée à servir de véhicule aux pommades. Elle forme une masse laiteuse, demi-fluide, devenant plus consistante au contact de l'air; appliquée sur la peau, elle forme en peu de temps une pellicule adhérente, élastique, et maintenue souple par la présence de la glycérine. On la prépare de la manière suivante : on triture 15 gr. de cire blanche fondue avec 15 gr de poudre de gomme arabique, dans un mortier chaud, jusqu'à obtention d'une pâte homogène. On ajoute ensuite un mélange bouillant de 15 gr. de glycérine et de 15 gr. d'eau, et on agite jusqu'à refroidissement.

Pour l'emploi de l'épidermine avec les préparations liquides ou extractives, on divise ces dernières avec un corps indifférent (talc, etc.) Les préparations insolubles ou peu solubles sont préalablement broyées avec 10 pour 100 de glycérine. Les produits solubles (sublimé, acide borique, etc.) sont additionnés de la quantité d'eau nécessaire. Les pommades sont conservées dans des flacons à large ouverture à bouchon de verre. On remédie à l'épaississement par l'addition de quelques gouttes d'eau.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les Drs Régi, de Toulouse ; Roussin, de Paris ; Leblanc, de Paris ; Dagau, de Bourg-d'Argental (Loire), membres du « Concours médical ».

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Viennent de paraître :

1°. **Guide pratique des Sciences médicales. Année 1892**, ouvrage in-18 de 1.500 pages, solidement cartonné à l'anglaise.

Nous reproduisons la préface de l'année 1892 : « Le grand succès du **Guide pratique des Sciences médicales** pour 1891, dont l'édition a été épuisée en quelques mois, nous a mis dans l'obligation de faire un tirage pour 1892.

Soigneusement revue par ses éminents auteurs avec addition de nouvelles figures et de plusieurs pages de texte, cette nouvelle édition nous vaudra, auprès des praticiens, le même chaleureux accueil.

Tout médecin qui possédera le volume avec son *Supplément* pour 1892 aura une véritable encyclopédie portative *exclusivement pratique*, tenue au courant des idées les plus modernes, et le dispensant, nous osons le dire, d'une volumineuse bibliothèque.

Notre idée de créer une *vade-mecum* du savant et du praticien est maintenant un fait accompli.

Le **Guide pratique** dont le prix fort est de **12** francs est expédié *franco* contre un mandat de **9** fr. **60**.

2° Théophraste RENAUDOT, *médecin*, fondateur des policliniques et du premier journal français, par Albin Rousselet, brochure in-8° de 16 pages avec sept vignettes, du temps, dans le texte. — Prix : **un franc**, *franco*.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année N° 39 24 Septembre 1892



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Le choléra de 1892.

Nous ne devrions plus employer ce titre, puisqu'après les preuves malheureusement trop nombreuses de son existence, en France et à Paris, des médecins de la valeur du professeur Brouardel, viennent poser, à la tribune de l'Académie de Médecine, un gros point d'interrogation au sujet de la nature de l'épidémie. M. Brouardel convient qu'elle existe, mais, ajoute-t-il, doit-on conclure que c'est du choléra asiatique ? « Rien n'est moins démontré, malgré la parfaite similitude des symptômes, l'identité des lésions nécroscopiques et des résultats fournis par l'examen bactériologique. Il y a encore dans la marche et l'évolution de cette épidémie une foule d'inconnues, qu'il faudra dégager avant de se prononcer sur sa nature. » Voilà où nous en sommes : c'est un triste résultat pour la science médicale moderne, et tant de prudence exagérée, tant de scepticisme doit rassurer les pouvoirs publics et les habitants de Paris. Comment peut-on avoir la moindre confiance en des hommes aussi hésitants, au moment où on les interroge avec tant d'anxiété. Nous en revenons aux phrases que nous disions au début de cette épidémie : Pourquoi tant discuter sur la nature de la maladie, puisqu'elle ne change en rien la prophylaxie, l'évolution clinique, la terminaison ? Diarrhée cholériforme, cholérine, choléra nostras, choléra asiatique ? Peu nous importe à nous cliniciens, puisque les symptômes et le traitement sont parfaitement identiques. Nous préférons la manière de voir si large et si conforme aux progrès modernes qui tend à la simplification, à l'unification en pathologie, et qu'exprime si nettement M. Talamon : le choléra nostras et le choléra asiatique ne font qu'une seule et même maladie, ou plutôt il y a un choléra produit par le bacille virgule et un choléra produit par d'autres germes, particulièrement par le bacille commun du côlon. Le choléra du bacille virgule, actuellement régnant, a été importé chez nous et il y pullule de temps en temps, sous des influences encore mal connues, provoquant à certaines époques des réveils d'épidémie, absolument comme la variole, la diphthérie. Cela n'empêche pas qu'à certains moments aussi, l'Inde et les pèlerins de la Mecque, nous envoient une nouvelle provision de germes plus virulents, plus vigoureux, parce qu'ils viennent de leur pays natal, où la malpropreté des habitants les a bien acclimatés ; cette importation nous est faite le plus souvent par l'intermédiaire de la Russie et de l'Allemagne, situées sur la route de terre venant d'Orient. Cette sorte de renfort envoyé de temps en temps à nos ennemis endémiques, est bien de même race, de même espèce bactériologique que ces ennemis ; il ne faut donc pas lui donner un nom différent. Ce qu'il faut, c'est lui opposer des barrières pour l'empêcher d'opérer sa jonction avec ses congénères.

Nous n'ergoterons donc pas, pour savoir si le choléra de 1892 existait au Havre avant de faire son apparition à Hambourg, ou si c'est Hambourg qui nous l'a envoyé ; nous considérons ces recherches comme inutiles, car elles sont basées sur des statistiques officielles ; or, on n'ignore pas l'inanité de ces chiffres recueillis par des fonctionnaires plus ou moins compétents, et parfois erronés du fait même des diagnostics médicaux. Continuons donc à approuver les mesures de surveillance prises à la frontière et dans les ports de mer ; continuons à conseiller la propreté absolue et la désinfection des locaux et objets contaminés, c'est là la doctrine des plus éminents hygiénistes modernes, E. Hart, Virchow, et les exemples quotidiens que nous avons sous les yeux prouvent qu'elle contient une grande part de vérité. Les journaux nous apprennent, en effet, que l'épidémie tend toujours à décroître à Paris et au Havre. La Belgique, la Hollande, l'Angleterre sont dans le même cas que la France. En Russie et en Allemagne, seulement, les mesures rigou-

reuses prises contre l'épidémie ne sont pas encore parvenues à diminuer notablement la mortalité.

Quant au traitement des cholériques, nous avons, dans notre précédent numéro, résumé les différents moyens employés à l'hôpital Saint-Antoine par M. le Dr Lesage ; nous pouvons dire, d'après la *Gazette des Hôpitaux*, que le même traitement est appliqué à Beaujon par le Dr Fernet et par le Dr Mathieu, et qu'il paraît donner de bons résultats : 3 guérisons sur 4 cas. En général, on emploie, aujourd'hui, les acides à haute dose pour neutraliser l'action du bacille cholérique dans l'intestin ; cependant, rappelons qu'en 1884, M. le Dr *Charnaux*, de Vichy, a présenté à l'Académie de Médecine une *Etude sur le traitement du choléra* par les alcalins à haute dose.

La manière dont il envisage la propagation du choléra est absolument différente de la nôtre et de celle que l'on admet généralement aujourd'hui ; néanmoins, M. Charnaux rapporte, en faveur du traitement par les alcalins, plusieurs faits intéressants, entre autres l'immunité de Vichy, où l'on boit de l'eau alcaline, contre le choléra. Comme prophylaxie, il conseille de boire un verre d'eau alcaline à 4 % après chaque repas, et 1 gramme d'iodure de potassium chaque matin. Comme traitement, il prescrit 1 gramme d'iodure d'heure en heure, tant que dure l'apyrexie, concurremment avec frictions, bains sinapisés et, dans les intervalles, de l'eau alcaline, chauffée au bain-marie, du bouillon, du vin chaud, de la menthe, etc.

M. le Dr *Volovsky* préconise beaucoup les bains à 37°5, d'une durée d'une 1/2 heure, suivis de larges sinapismes appliqués sur le ventre, les flancs, le creux épigastrique et le sternum. Si la terminaison doit être favorable, le malade ne peut conserver le sinapisme plus de vingt minutes. A l'Académie de Médecine, M. *Desprez*, de Saint-Quentin, vante l'usage du chloroforme, à haute dose, en potion, comme traitement et comme prophylaxie : 1 gramme de chloroforme dans 150 grammes de potion avec morphine et acétate d'ammoniaque. M. *Cantani*, de Naples, emploie fréquemment l'acide tannique à haute dose et, de fait, M. *A. Pick* vient de constater que le vin, riche en tannin, est un excellent microbicide pour le choléra et la fièvre typhoïde. Voilà une boisson prophylactique, qu'il n'est pas difficile de se procurer et qui ne manquera pas d'être bien accueillie par bon nombre de personnes. Buvons du bon vin de Bourgogne, pour stériliser notre eau et pour nous préserver du choléra ; c'est la conclusion de M. Pick et la nôtre.

La médecine vibratoire.

M. le professeur Charcot vient d'inaugurer, dans le traitement des maladies du système nerveux, un nouveau procédé appelé, paraît-il, à un avenir et qui consiste dans l'emploi des vibrations rapides et prolongées, appliquées à la totalité du corps ou à l'une de ses parties.

Des expériences entreprises par M. Vigouroux en 1878 démontrèrent que les vibrations d'un diapason énorme, monté sur une caisse de résonnance, ont exactement la même action physiologique que les métaux, l'aimant, l'électricité statique ; elles font disparaître l'hémianesthésie et font cesser rapidement les contractures.

L'année suivante, Schiff arriva théoriquement à une conclusion identique. En 1880, Boudet, de Paris, poursuivit de nouvelles recherches sur les vibrations mécaniques locales et parvint, au moyen d'un diapason monté électriquement, à produire, durant huit à vingt minutes, une analgésie locale et même une anesthésie très marquée et à guérir ainsi des névralgies et des migraines très intenses.

En 1883, M. Mortimer-Granville, qui revendique la priorité de ce nouveau traitement, publia les résultats remarquables qu'il avait obtenus « avec son clokwork percuteur » dans la névralgie faciale, mais surtout dans la « neurasthénie » à forme cérébrale ou spinale et la « migraine ».

Ces faits n'échappèrent pas à l'attention du savant professeur de la Salpêtrière. Depuis longtemps, il avait appris des malades atteints de paralysie agitante, qu'ils retiraient un grand soulagement de voyages prolongés en chemin de fer ou en voiture. Pendant leurs voyages, les sensa-

FEUILLETON

La vulgarisation de l'hygiène.

On a beaucoup prononcé et beaucoup imprimé le mot choléra, ces temps-ci.

L'épidémie de choléra nostras de la banlieue parisienne, l'épidémie de choléra asiatique envahissant l'empire russe par le nord de la mer Caspienne et le nord de la mer Noire, ont éveillé l'attention des hygiénistes chargés de notre défense sanitaire.

Même si l'on admet les prévisions les plus pessimistes, si, véritablement, le choléra, rompant les fortes digues qu'on lui oppose, gagne l'Europe occidentale, il est, peut-être, permis de prévoir qu'il n'y exercera que des ravages limités. Un des maîtres hygiénistes les plus compétents en pareille matière me disait récemment : « A Paris, le choléra ne ferait presque pas de ravages dans les classes aisées. Les gens riches et la moyenne bourgeoisie seraient aisément préservés. En cas d'épidémie, ce sont les pauvres, les ouvriers qui habitent, en tas, des logements insalubres, ce sont les déshérités de ce monde qui fournissent à peu près tout le contingent de décès à prévoir. Déjà notre dernière épidémie ne s'est-elle pas presque exclusivement confinée aux ouvriers et aux malheureux qui encombrent le faubourg Saint-Antoine, aux alentours de la rue Sainte-Marguerite ? Cette fois-ci, la spécialisation de l'épidémie sur les humbles serait plus accusée encore, n'en doutez pas. »

Ne trouvez-vous pas, mes chers confrères, qu'il y a là de quoi nous faire réfléchir ?

Qu'il y ait sur la terre des misérables à qui presque tout manque, auprès de riches regorgeant de biens, nous n'y pouvons évidemment pas grand'chose, et nous ne rêvons pas de bouleverser tout cela du jour au lendemain. Les utopies socialistes ne m'enthousiasment nullement pour ma part, et je crois pouvoir affirmer que le corps médical, dans son ensemble, n'est rien moins qu'anarchiste et révolutionnaire.

Mais si les pauvres sont exposés aux dangers

tions si pénibles qu'ils ressentaient d'ordinaire semblaient s'atténuer d'une façon très marquée et le bien-être persistait un temps notable, le voyage terminé. En signalant cette particularité à ses élèves, il avait même émis l'hypothèse qu'on pourrait obtenir de bons effets de mouvements analogues à ceux d'une voiture en marche. Ce desideratum fut d'abord réalisé par le docteur Jégu, qui, aidé d'un ingénieur distingué, M. Soligniac, fit construire un fauteuil pourvu d'un mécanisme spécial communiquant des mouvements rapides d'oscillation autour d'un axe antérieur et latéral.

Ces essais, interrompus malheureusement par la mort du Dr Jégu, furent continués par M. le Dr Gilles de la Tourette, sur six hommes et deux femmes. Il résulte de l'expérimentation que les phénomènes douloureux qui accompagnent si fréquemment la « paralysie agitante » subissent généralement une amélioration dès la cinquième ou la sixième séance de trépidation. Immédiatement après la descente du « fauteuil trépidant » le malade se sent plus léger et marche plus facilement, comme si la raideur avait disparu ; les nuits deviennent bonnes, le sommeil est calme, bienfaisant. Le bien-être se fait surtout sentir le jour du traitement.

Pour imprimer au crâne des vibrations intenses, deux médecins électriciens, MM. Larat et Gauthier, ont imaginé un appareil, composé d'une sorte de casque à lames séparées, fort analogue au conformateur des chapeliers ; à l'aide d'un artifice simple, les lames de ce casque emboîtent exactement la tête du sujet en expérience. Le casque est surmonté d'un plateau sur lequel se trouve placé un petit moteur spécial actionné par une pile vulgaire. Tout l'appareil est facile à manœuvrer, très portatif, et ses rouages peuvent marcher pour ainsi dire, sans interruption, sans crainte de dérangements. Le petit moteur donne environ 600 tours à la minute, tous très réguliers, produisant une vibration uniforme, qui se transmet au crâne en totalité par l'intermédiaire des lames du casque. La tête tout entière vibre dans son ensemble, ainsi qu'il est facile de s'en assurer en plaçant la main sur une apophyse mastoïde.

L'appareil en marche fait entendre un bruit continu, sorte de « bourdonnement doux » qui n'est peut-être pas indifférent à noter au point de vue de la pathogénie des résultats obtenus. On peut à volonté augmenter ou diminuer le nombre et l'amplitude des vibrations par un procédé de réglage fort simple.

L'expérience prouve que la vibration ainsi pratiquée est un sédatif puissant du système nerveux. Une séance de dix minutes, faite vers six heures du soir, procure un sommeil calme dans la nuit correspondante. Huit à dix séances triomphent de l'insomnie, quand celle-ci n'est pas liée à une affection organique de l'encéphale. Les accès de migraine ont avorté dans plusieurs cas.

Bien que l'expérimentation n'ait pas dit son dernier mot, il est incontestable, dès aujourd'hui, que l'on peut retirer de grands avantages de la « médication vibratoire ».

(*Progrès médical* et *Gazette de Liège*.)

MÉDECINE PRATIQUE

Difficultés du diagnostic des angines blanches et traitement de ces angines.

Les idées se sont bien modifiées depuis quelques années, en ce qui concerne les angines, et particulièrement les angines à dépôts pseudomembraneux. Les cliniciens avaient cru trouver des caractères spéciaux, absolument nets et tranchés, permettant de différencier, les unes des autres, chaque variété d'angines membraneuses. L'angine pultacée, l'angine herpétique, l'angine diphthérique étaient, dans les livres classiques surtout, d'une délimitation et d'un diagnostic relativement facile. Cependant, quelques angines regardées comme pultacées et par suite comme non contagieuses, avaient parfaitement donné suite à des diphthéries graves et à des croups. Plusieurs praticiens devinrent alors plus circonspects ; les uns, comme M. Jules Simon, dirent :

---

des contagions, au péril d'empoisonnement par les bacilles ou par les toxines, à la fièvre typhoïde ou au delirium tremens, au choléra ou à l'absinthisme, ce n'est pas simplement parce que l'argent leur manque, parce que leurs logis sont mal aménagés et leur nourriture médiocre. C'est aussi, bien certainement, parce qu'ils ne connaissent pas les périls qui les guettent et la manière d'y parer. Les déshérités de ce monde ne sont pas seulement des pauvres, ce sont aussi des ignorants. Or, dans la société contemporaine, c'est le médecin qui paraît appelé à enseigner aux hommes ce qui peut nuire et ce qui peut être utile à l'intégrité de l'esprit et à la santé du corps.

Or, il y a pour le moins deux manières d'instruire le peuple des grands centres.

L'une est quotidiennement pratiquée. Elle consiste à enseigner aux classes laborieuses qu'elles sont malheureuses, qu'elles sont exploitées ; à susciter des haines, à révéler le mal sans rien faire pour y remédier.

L'autre manière, que je voudrais bien voir se substituer à la première, consisterait à enseigner aux pauvres l'hygiène pratique, la règle pour bien vivre, physiquement et cérébralement. Il faudrait enseigner au peuple l'amour du logis propre où se plaît le mari, la régularité des heures, la crainte de l'oisiveté ; il faudrait inculquer aux ouvriers la sainte horreur de l'alcool, la peur de perdre leurs enfants, la façon dont on les préserve des contages. Certes, le peuple n'est guère accoutumé, ni même préparé à ce genre de causeries ; il est, en ce moment, ivre de politique. Un jour viendra, pourtant, où il saura comprendre qu'un orateur de réunion publique ne lui apporte rien qui soit réalisable, et, ce jour-là, il écoutera la voix amie de ceux qui viendront lui apprendre la sagesse et la santé.

Or, la sagesse et la santé, c'est à nous d'enseigner ces choses, aujourd'hui que le prêtre ne peut plus guère approcher les humbles. Ce grand côté de la question sociale, la vulgarisation de l'hygiène, nous appartient. Ici encore, ce sont les médecins qui montreront la voie du progrès méthodique.

Du reste, il y a eu, cette année même, une cu

« Angine à points blancs,..... hem ! angine douteuse, pouvant bien êtrediphthérique, donc à isoler ; » les autres, comme Lasègue, inventèrent une nouvelle variété : entre l'angine pultacée et l'angine diphthérique ; ils admirent l'existence d'une angine diphthéroïde. Le nom ne servait qu'à masquer l'hésitation du médecin, mais n'éclaircissait pas la question.

Quant au traitement, on s'en tenait toujours au miel rosat, au borax, au chlorate de potasse en gargarismes et aux décoctions de pavot et de guimauve en rince-bouche, pour la plupart des angines. L'angine diphthérique, bien confirmée, était seule combattue à l'aide d'antiseptiques dérivés du goudron, du perchlorure de fer, de la teinture d'iode, du nitrate d'argent.

Or, les recherches modernes, les travaux de Wurtz et Bourges, de L. Martin, de Catrin et Sallard, de William Halbock Park, prouvent qu'il faut modifier la manière d'envisager les angines blanches au point de vue du diagnostic et du traitement.

I

Diagnostic des angines blanches. — Nous prendrons un exemple pour plus de netteté :

Le Dr *Icard*, de Lyon, communique à la Société médicale de Lyon, l'observation suivante :

Le 18 mai 1892, mandé le soir auprès d'une domestique de 30 ans, malade depuis le matin, M. Icard constate chez elle les symptômes d'une amygdalite pultacée avec vive réaction fébrile. En raison des nombreux points blancs disséminés sur les amygdales, il la déclare suspecte et fait éloigner les cinq enfants de la maison, qui dans la journée ont plusieurs fois visité la malade.

Le 19 au soir, un garçon de 13 ans se plaint d'un mal de gorge avec nombreux dépôts pultacés sur les amygdales. Moins de fièvre que chez la domestique. Il n'est pas isolé de ses frères et sœurs. L'une d'elles avait eu la scarlatine, deux mois auparavant. Celle-ci n'a pas eu d'amygdalite.

Le 23, amygdalite blanche avec fièvre intense et délire chez un garçon de 11 ans, et le 24, même localisation chez une jeune fille de 14 ans. Chez aucun il n'existe trace d'éruption.

En quatre ou cinq jours, tout est terminé sous l'influence de la médication suivante : vomitif, purgatif, antipyrine, chlorhydrate neutre de quinine, gargarisme miellé avec addition de vinaigre rouge et quelques attouchements des points blancs avec une solution d'acide salicylique à 3 pour 100.

Quelle était la nature de ces amygdalites blanches ? S'agissait-il d'une diphtérie atténuée ?

Résumons l'état local présenté par les quatre malades : vives douleurs dans la gorge, dépôts pultacés sur les deux amygdales, les uns s'enlevant facilement, les autres non. Dans trois cas, extension sur les piliers antérieurs sous forme de fausses membranes, blanches, minces, se détachant plus ou moins facilement, pas d'ulcération de la muqueuse ; érosions polycycliques très nettes dans un cas, engorgement ganglionnaire ; traces d'albumine chez une malade ; disparition rapide des dépôts pultacés, dans un seul cas (la domestique) une fausse membrane existait encore au bout de six jours ; chez deux malades, herpès facial, mais mal formé.

Voilà bien des caractères qui plaident en faveur de la nature herpétique de ces angines (herpès de la gorge) ; mais la contagion, des plus évidentes dans ces cas, légitime un doute et justifie la dénomination banale d'*angine blanche*.

Angine pultacée, angine herpétique, angine diphthérique ? à laquelle des trois a-t-on eu affaire ? La difficulté est saisissable dans cette histoire clinique d'angines polymorphes, et chacun de nous peut chaque jour se trouver en présence d'embarras aussi inextricables, s'il n'en a pas déjà rencontré de semblables. Je sais bien qu'il y a un moyen héroïque, ou plutôt un moyen infaillible ! c'est de considérer toutes les angines blanches comme des angines diphthériques et de les traiter comme telles. Mais cela n'est pas scientifique ; et puis, il est quelquefois fort important de se prononcer catégoriquement, quand il s'agit d'éviter les dépenses d'un déplacement souvent coûteux, à des familles, qui ont plusieurs enfants à isoler du malade. S'il s'agit d'une légère angine

---

rieuse tentative dans ce genre. Le comité socialiste révolutionnaire de Paris a entendu quelques conférences faites par quelques-uns de nos plus éminents confrères, notamment M. Dujardin-Beaumetz, le professeur Gautier et le maître accoucheur Budin. Le succès de ces conférences d'hygiène pratique a été très grand, très complet. Pourquoi donc s'en tenir à cet essai restreint ?

Pourquoi ne pas instituer dans tous les quartiers de Paris un enseignement régulier, gratuit, fait par des confrères associés pour ce très noble but, l'amélioration du sort des deshérités de ce monde. Il faudrait tout d'abord gagner la confiance des ouvriers et des ménagères, par la cordialité, par la familiarité du discours ; après quoi il nous suffirait de parler un langage simple et clair, ne disant rien que des choses vraiment pratiques, facilement réalisables.

Le médecin qui est sans morgue, sans faux orgueil et sans dégoût pour les pires misères humaines, le médecin qui a appris à l'hôpital à connaître le pauvre et à se faire aimer et respecter de lui, le médecin m'apparaît comme le plus logique intermédiaire entre les classes dirigeantes de la société moderne et les classes ouvrières. En ce moment, c'est nous certainement qui pouvons le plus pour l'amélioration du sort des deshérités de ce monde. Le jour où nous aurons su établir, dans tous les quartiers de Paris, des conférences pour la vulgarisation de l'hygiène, des inspections de logis, le jour où nous aurons su gagner la confiance des malheureux, les puissants de la terre, comprenant l'utilité de notre mission préservatrice, viendront à nous et nous donneront de quoi mener à bonne fin notre belle besogne. On nous donnera de l'argent, beaucoup d'argent si nous savons le mériter, et un jour viendra, on est en droit de l'espérer, où grâce à nous seront à jamais démolies les rues sinistres, où d'affreuses casernes abritent, dans une promiscuité désolante, des centaines de familles où grouillent les enfants pareils à des bêtes sauvages. Un jour viendra où les médecins de Paris logeront les pauvres de Paris dans de jolies maisonnettes très saines, comme celles que M. Carnot a été visiter l'autre jour à Auteuil et dans le quartier d'Amérique.

pultacée, durant deux jours, et que le médecin, pour ne courir aucun risque de contagion, prescrive l'isolement immédiat des autres membres de la famille, ce qui nécessite parfois des voyages, il est certain que la famille verra l'erreur du médecin et ne lui saura pas grand gré des frais inutiles qu'il aura provoqués. Autre inconvénient : Dans un hôpital où il y a un pavillon d'isolement pour les diphthéries, il ne faudra pas y envoyer indistinctement toutes les angines blanches ; car dans le nombre, il y aura certainement des malades atteints d'angines herpétiques et d'angines pseudo-membraneuses non diphthériques, qui courront le risque de se contaminer secondairement et de contracter une diphthérie grave, d'une durée d'au moins 3 semaines, peut-être même mortelle, alors qu'avec leur angine primitive, ils auraient été guéris en huit jours. Voilà certes des exemples qui justifient pleinement une étude sérieuse du diagnostic.

Les travaux modernes ont clairement montré que les signes diagnostiques, que l'on admettait autrefois en clinique pour différencier l'angine diphthérique de l'angine herpétique et des autres angines membraneuses, sont sans valeur. Que la luette soit ou non encapuchonnée par les membranes ; que les piliers soient ou non recouverts ; que les membranes soient blanc-nacré ou grisâtres ; qu'elles soient légérement adhérentes ou très intimement enfoncées dans la muqueuse, que les ganglions soient engorgés ou indemnes, cela ne signifie plus grand'chose pour le clinicien moderne, en faveur de la nature contagieuse ou non contagieuse d'une angine. M. Kolman Szego n'a-t-il pas démontré, par exemple, le polymorphisme (1) remarquable de l'angine diphthérique ? Sur 35 cas observés au cours d'une épidémie, un certain nombre revêtait l'aspect d'amygdalites folliculaires; quelques autres ressemblaient à de l'herpès pharyngien.

D'ailleurs, il ne faut plus, aujourd'hui, croire que les angines pseudo-membraneuses ne comprennent que deux ou trois variétés, comme autrefois.

La classification en est bien complexe ; le microscope et les études bactériologiques ont révélé la nature bien différente d'angines que l'on regardait auparavant comme pultacées ou diphthériques. Chaque variété d'angine correspond à chaque variété de microbe pathogène : l'angine est blanche, parce que la fausse membrane est le produit de réaction inflammatoire du pharynx en présence d'une infection microbienne, mais l'aspect seul de la membrane, je dirai même plus, sa disposition, sa répartition topographique ne saurait renseigner sur la véritable cause de l'angine.

A côté de l'angine herpétique vraie, de l'amygdalite folliculaire, viennent se placer l'*angine du bacille de Loeffler* (diphthérie vraie) ; l'*angine du streptocoque* (érysipèle, scarlatine), *du staphylocoque blanc ou doré*, tantôt isolé, tantôt associé (1), l'*angine du pneumocoque de Fraenkel* ; *l'angine du bacille d'Eberth*, et probablement d'autres actuellement inconnus.

Le microscope et les cultures sont donc les seuls moyens certains du diagnostic des angines blanches. Nous n'en voulons pour preuve que le travail de M. Louis Martin dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (16 mai 1892) :

Sur 112 enfants, atteints d'angine blanche, sans complications laryngées, qu'il a examinés au point de vue bactériologique et clinique, 69 avaient la diphthérie de Loeffler, 43 n'avaient de cette maladie que les apparences extérieures, surtout en ce qui concernait la fausse membrane. La plupart même avaient été considérés comme des diphthéritiques, et cependant l'examen bactériologique montra qu'aucune de ces angines n'était due au bacille spécifique ; c'était là une erreur de diagnostic impossible à éviter. Or, fait important, la proportion des cas de ce genre n'est pas à négliger, puisque le nombre des cas a été de 43 sur 112 ; si l'on admet que 7 fois sur 43 cas le diagnostic de diphthérie aurait pu être cliniquement écarté, il n'en reste pas moins une proportion de 36 sur 112, c'est-à-dire de plus de 32 %.

(1) *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, t. XXXIV, fascicules 2 et 3, page 133.

(1) L. Rénon. *Gazette des Hôpitaux*, 1892.

L'aumône, qui a longtemps passé par la main du prêtre, passera d'ici peu par la main du docteur. Il suffit que nous le voulions.

Quelques hommes résolus, ne se laissant pas rebuter par les premiers obstacles, peuvent réaliser ce miracle : apaiser le peuple, calmer ses colères, dissiper ses haines en lui prouvant qu'on veut lui faire du bien et qu'on y réussit. Les commencements seront durs ; il y aura beaucoup de préjugés, beaucoup de défiances à vaincre. Mais le but en vaut bien la peine, n'est-ce pas ? La société tout entière est intéressée à ce que nous tentions cet effort. Et quelle influence nouvelle, quelle puissance pour le médecin dans la société de demain ! Nous en serions certainement très dignes, car le médecin est presque toujours un brave homme, incapable d'user de sa force pour autre chose que pour le bien de tous.

Maurice de Fleury.

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

La *Ligue médicale* pour la vulgarisation de l'hygiène dans les classes nécessiteuses est aussi indispensable en province que dans les grandes villes. A la campagne, les quelques notions élémentaires d'hygiène qui commencent à y pénétrer sont dues autant aux médecins qu'aux journaux populaires, qui devraient bien multiplier, plus qu'ils ne le font, leurs causeries hygiéniques, en ayant soin de ne pas les laisser dégénérer en réclames, trop apparentes d'ordinaire.

Nous avons bien souvent dit à nos lecteurs que la tâche de la plus haute portée qu'ils pouvaient s'imposer, était de redresser les innombrables préjugés, les pratiques vicieuses, qui sont les causes principales des maladies des pauvres gens.

Mais la difficulté résidera, longtemps encore, dans le défaut absolu d'autorité du médecin, qui, la plupart du temps, ne peut réclamer avec succès l'intervention du maire. C'est pourquoi notre idéal consiste dans la multiplication des médecins maires de leur commune !

A. C.

Sur ces 43 cas d'angine à apparence diphthéritique, vingt-cinq fois la maladie était due à la présence d'un coccus, huit fois à celle du streptocoque.

Les angines dues à ce coccus, signalé par MM. Roux et Yersin, sont souvent accompagnées d'une température élevée, atteignant parfois 40°5 et 41°.

Ces angines présentent des degrés d'intensité variable, depuis la forme grave jusqu'à la forme bénigne tout à fait passagère ; néanmoins elles guérissent habituellement assez vite et ne laissent point après elles de signes d'intoxication.

Dans les angines à streptocoques, l'enduit pultacé est adhérent, parfois même très épais ; elles débutent par de la fièvre et de vives douleurs dans la gorge. Les fausses membranes, blanc grisâtre, parfois rougeâtre, entourées d'une muqueuse qui les déborde et les enchatonne sur les bords, s'étendent non seulement sur les amygdales, mais aussi sur la luette ; peu connues encore cliniquement, ces angines ne semblent cependant pas mortelles.

Dans 69 cas d'angine diphthéritique, 52 fois le bacille de Lœffler a été retrouvé seul ou presque seul dans les fausses membranes ; 17 fois il était associé à d'autres microorganismes ; dans ce dernier cas, la gravité de la maladie variait dans des proportions considérables suivant l'association du bacille diphthéritique avec tel ou tel microorganisme. C'est ainsi qu'on peut dire que, le pronostic est toujours d'une extrême gravité lorsqu'on constate avec le bacille de Loeffler le streptocoque (sur 10 cas, 8 décès) ; il l'est beaucoup moins s'il se trouve associé au coccus ; la présence même de ce microorganisme est plutôt un indice favorable.

D'autre part, M. Robinson Beverley, dont la compétence en la matière est certainement éprouvée, professe l'opinion suivante :

L'absence de *bacille de Loeffler* n'implique pas la non existence de la diphthérie ; on peut observer des ulcérations membraneuses de la gorge, d'aspect vulgaire, qui sont très difficiles à diagnostiquer de la diphthérie. Toutes les fois que règne cette incertitude, il serait imprudent de porter trop tôt le diagnostic de diphthérie vraie, et d'alarmer la famille avec une nouvelle de ce genre.

Notre conclusion sera donc, étant donné l'état actuel de la question, que pour différencier les unes des autres les diverses variétés d'angines blanches, il ne faut pas compter sur les données cliniques : aucune particularité ne peut être considérée comme caractéristique, ni la fausse membrane, ni l'engorgement ganglionnaire, ni l'albuminurie, etc. (1).

A la période d'état, la marche même de la maladie permet toujours de se prononcer. Une angine à points blancs, qui s'accompagne de phénomènes généraux très intenses et qui se termine brusquement en quatre, cinq ou six jours, est bien incontestablement une angine simple herpétique ; une angine blanche qui s'accompagne d'empâtement énorme du tissu cellulaire périganglionnaire cervical, de cyanose, de teint blafard de la face, de constriction pharyngée atroce est toujours une angine diphthérique, due au bacille de Loeffler. Nous ne donnons pas les paralysies du voile, ni même les paralysies généralisées comme signes diagnostics infaillibles de la diphthérie, car nous savons que toute angine infectieuse peut produire ces paralysies, quoique moins fréquemment que la diphthérie (Trousseau).

Entre ces cas extrêmes bien tranchés, il en est une foule d'autres fort embarrassants pour le clinicien, même pendant plusieurs jours, quand il ne peut se livrer à des constatations microscopiques et bactériologiques.

Eh bien ! dans de tels cas, il ne faut pas hésiter, comme le veut M. Jules Simon, et, au risque de faire dépenser quelques sommes de plus aux familles pour assurer l'isolement du malade, la prudence commande *d'isoler tous les malades atteints d'angine blanche* et de leur appliquer, immédiatement, un traitement rigoureusement antiseptique.

L'examen de la courbe thermométrique rend des services très considérables pour établir le pronostic : celui-ci est favorable lorsque la courbe évolue dans les régions peu élevées ou lorsqu'elle est régulièrement descendante ; il est grave, au contraire, lorsque la courbe est régulièrement ascendante ou lorsqu'elle se maintient en plateau, ou bien lorsqu'elle présente des oscillations ascendantes dans les régions élevées.

II

Traitement. — A. Il faut isoler le malade, en le plaçant dans la pièce la plus reculée de l'appartement, de façon à empêcher le plus possible la circulation dans cette pièce. On doit faire en sorte que deux personnes, au plus, soignent le malade, et recommander que nul autre ne pénètre dans la pièce. S'il n'y a qu'une pièce, il est de toute nécessité d'envoyer le malade à l'hôpital ou de faire évacuer la chambre par les personnes inutiles. L'aération doit être suffisante ; une atmosphère chaude confinée est toujours nuisible, car elle est pauvre en oxygène et en ozone et facilite la contagion.

Là, où les personnes chargées des soins, auront la précaution de se laver les mains et la figure avec une solution antiseptique telle que l'eau phéniquée au 50me ou de l'eau sublimée à 1/2000 convenablement colorée et placée en permanence sur un meuble, dans la chambre du malade. Cette précaution est nécessaire, chaque fois qu'on sort de la chambre pour circuler dans les autres pièces. Il est prudent aussi de ne pas pénétrer dans la chambre sans avoir pris de nourriture le matin ; de se gargariser avec une solution forte d'acide borique ou faible de thymol, au moins deux ou trois fois par jour ; de laver avec les solutions sus-indiquées les mains du malade ; enfin de passer immédiatement à l'eau bouillante les objets de vaisselle ou le linge souillé, qui viennent de servir au malade. Même recommandation nécessaire pour les livres, journaux, jeux, que le malade a touchés : il faut les brûler aussitôt qu'ils ne servent plus. Les crachats doivent être recueillis dans un vase contenant un peu d'eau phéniquée ou sublimée. Les meubles, le plancher seront essuyés avec des linges sans épousseter, sans secouer, sans balayer ; puis les linges jetés dans l'eau bouillante. Bien entendu, les tapis, housses, etc., seront conservés pliés dans la chambre du malade, sans être secoués, jusqu'à la fin de la maladie. Voilà en quoi consiste un isolement.

B. — Traitement antiseptique de la gorge, et non pas gargarismes émollients, cataplasmes,

(1) William Halbock Park. *New-York Medical Record* 1892.

CORRESPONDANCE
(*Suite*)

n'a pas encore reçu une solution satisfaisante, à cause de la différence de densité des populations. L'uniformité n'est guère pratique ; il faut en outre la contribution pécuniaire du département.

Dr V., à E.— Vous dites : « La Préfecture du Nord adresse au Corps médical une circulaire, à propos du choléra, dont je détache l'extrait suivant :

Art. 6 du décret du 29 août. — La déclaration à la mairie de tout cas suspect d'être un cas de choléra, est obligatoire, etc... Voici le commentaire :

« Cette disposition s'applique à tous les cas suspects, *qu'il s'agisse de choléra nostras*, *entérite cholériforme*, ou *diarrhée cholériforme*, etc... Quelques confrères ont sans doute pris au pied de la lettre ce commentaire. Car, dans le compte rendu des manœuvres militaires dans le Nord, je vois que les troupes ont dû se tenir à l'écart de certaines localités, sous prétexte de choléra, alors que *certainement*, il n'existe là, comme en beaucoup d'autres endroits, que des cas isolés de *diarrhée cholériforme*.

Ces cas, *plus nombreux peut-être*, sont les mêmes que l'on voit chaque année. Croyez-vous, qu'il soit utile d'alarmer les populations, toutes les fois que nous verrons un cas de diarrhée ? Autrement dit, l'interprétation préfectorale ne dépasse-t-elle pas le but ? »

Nous répondons que dans l'état actuel et vu la légitime préoccupation que doit inspirer la santé des troupes en manœuvre, cet excès de précautions n'est pas blâmable et que la négligence des précautions à prendre, si l'épidémie se développait et atteignait les troupes, serait plus critiquable qu'une prudence, même exagérée.

Dr L., à L. (Hautes-Pyrénées). — Votre lettre ne donne aucune indication nouvelle. Nous avons publié en son temps, en 1884, le procédé qui vous appartient. Réclamez à ceux qui ne vous nomment pas.

Dr M., à C. (Loire-Infér.). — Nous sommes satisfaits d'apprendre votre changement de position et votre contentement. Nous étions bien disposés, à faire, avec le Conseil de direction, les

démarches nécessaires pour faire cesser le déni de justice.

D[r] L., à L. (Gironde). — Le bureau de l'Uuion, en vous confiant la mission de le représenter, au Congrès des mutualistes de Bordeaux, est assuré que vous pourrez faire comprendre que les Sociétés de secours vivent du médeciu ; que lorsqu'elles recherchent le médecin au rabais, elles n'en ont que pour leur argent ; que le médecin honorable et honorablement rétribué, est leur agent le plus précieux, celui qui leur permet les économies ; que la concurreuce qu'elles établissent pour leur abonnemeut est fâcheuse ; que la visée des Sociétés sérieuses doit être le paiement à la visite, comme pour un particulier ; que l'honorabilité notoire du médecin est le seul contrôle sérieux ; que tout médccin doit être admis, s'il est honorable, sur le choix des mutuellistes, etc.. Votre rapport sera reproduit au *Bulletin des Syndicats*.

D[r] V., à V. — Nous sommes heureux d'apprendre que les cas de choléra de S. ne sont pas réels. Quant au mandat, on le représentera.

D[r] H., à St-P.-Q. — C'est le directeur qui verse, à la Société du Concours, les 10 francs de votre première année d'abonuement. Les années suivantes vous n'avez à verser que l'abonnement.

DE L'HONNÊTETÉ professionnelle

Par le D[r] PERRON

On peut se procurer la brochure en adressant 1 fr. en timbres-poste à MM. Millot frères et C[ie], 20, rue Gambetta, à Besançon (Doubs), ou aux bureaux du journal, 23, *rue de Dunkerque, PARIS.*

Nous ne saurions trop engager les Membres du Concours et surtout les dignitaires des Associations médicales à se procurer et à propager ce code de déontologie qui est rédigé sous la forme la plus attrayante. Tous les syndicats devraient en gratifier leurs membres. On ne peut trouver meilleur emploi d'une partie du fonds social.

INSTITUT TERMO-RESINEUX

Du Dr CHEVANDIER de la Drôme, 57, *rue Pigalle, PARIS.*

Cure radicale des *rhumatismes*, de la *goutte*, de la *sciatique*, des *névralgies*, des *arthrites*, des *hydartroses*, des *dyspepsies*, des *catarrhes* de la poitrine et de la vessie, des *maladies cutanées* chroniques (squames).

Pilules de Blancard

A L'IODURE FERREUX INALTERABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. *Blancard*

Pharmacien, 40, *rue Bonaparte, Paris.*

DYSPEPSIES — GASTRALGIES
PEPSINE BOUDAULT

Médaille d'or : 1889, Paris.

En prescrivant les préparations de pepsine **BOUDAULT**, MM. les médecins sont certains que leurs malades auront un médicament d'un pouvoir digestif aussi élevé que possible.

La pepsine du Codex est la seule que le pharmacien soit obligé d'avoir. Cette pepsine ne peptonise que 20 fois son poids de fibrine, tandis que la pepsine **BOUDAULT** peptonise 50 fois son poids.

Le Vin et l'Elixir de pepsine du Codex ne peptonisent que la moitié de leur poids de fibrine, tandis que le Vin et l'Elixir de pepsine **BOUDAULT** peptonisent deux fois leur poids de fibrine, soit quatre fois plus.

Détail : 24, *rue des Lombards.*
Gros : 8, *rue Dauphine.* — *PARIS*

VIN DE VIAL

Phosphate de Chaux, Viande et Quina

Tonique puissant pour guérir :

ANÉMIE — CHLOROSE
PHTHISIE
ÉPUISEMENT NERVEUX

Aliment indispensable dans les CROISSANCES DIFFICILES, LONGUES CONVALESCENCES et tout état de langueur caractérisé par la perte de l'appétit et des forces.

VIAL, phen rue de Bourbon, 14, Lyon
ET TOUTES PHARMACIES

Goutte LIQUEUR DU Dr LAVILLE

ÉLIXIR BERTRAND

Chlorhydro-pepsine, amers et Ferments digestifs

Traitement physiologique des Dyspepsies, Anémie, Anorexie, Vomissements de la grossesse, Épuisement, Diarrhées lientériques, crampes, etc...

Chaque verre à liqueur contient 0.50 de Pepsine dialysée et 1 goutte d'acide chlorhydrique.

PRIX DU FL. 3 F. 50 POUR 10 JOURS DE TRAITEMENT

Pharm. **Bertrand**, 182, av. de Versailles, Paris.

ÉCHANTILLON GRATUIT AUX MÉDECINS.





Excellents effets contre

PHTISIE

et autres Tuberculoses
BRONCHITES, CATARRHES
Chaque capsule contient :
0gr 05 *véritable* Créosote de **HÊTRE**
Huile de foie de morue O. S.
2 ou 3 à chaque repas
Le flacon **3 fr.**
105, Rue de Rennes, PARIS
et toutes les Pharmacies.
Exiger le timbre de l'État.

GRANULES BERTHIOT

Homogènes et mathématiquement dosés

M. Germain Sée rangea la spartéine dans les médicaments cardiaques. Il la préconise : 1° lorsque le cœur est affaibli et qu'il n'a plus assez de force pour compenser les obstacles à la circulation ; 2° lorsque le pouls est irrégulier et intermittent ; 3° pour accélérer les battements de cœur dans les atonies graves avec ralentissement de la circulation. — Dose maximum 10 centigram. par jour. Dans les demandes et sur les ordonnances, bien spécifier le mode de conditionnement.

Dépôt Pharmacie BERTHIOT,
107, *rue du Faub. Saint-Antoine, Paris*

VIN DE G. SEGUIN

« Le **Vin de Seguin** est un puissant tonique ; « pris avant le repas, il facilite la digestion. Il « est très utile pour empêcher le retour des « fièvres intermittentes sujettes à récidive. »

« Bouchardat. »

Paris, Pharm. G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré

SOLUTION CRÉOSOTÉE DU DR LORIN

à la Créosote pure de goudron de hêtre et au quinquina

Pour *guérir les phthisiques*, ou, tout au moins, si la maladie est trop avancée, pour leur procurer une amélioration marquée, faites-leur prendre la *solution créosotée*, à doses fractionnées, et vous serez surpris de la rapidité de l'action curative de la créosote pure ainsi administrée. Dans les *bronchites chroniques*, non tuberculeuses, les résultats sont également rapides et frappants.

Le flacon : 3 fr. 50. — *Pharmacie des Missions*, 26, *rue de l'Abbé-Grégoire, PARIS.*

Envoi d'échantillons à tout médecin qui en fait la demande, en envoyant 0,60 cent. par colis postal.

cravates d'ouate épaisses, qui s'imbibent de sueur ou autres *saletés*. Contre la douleur, rien n'est meilleur que le froid ; la glace en cravate sur le cou, la glace à sucer sous forme de petites dragées, les boissons gazeuses froides, limonades, orangeades, le lait froid alcalinisé.

L'antisepsie de la gorge a pour base des lavages fréquents avec des solutions antiseptiques, qui y sont amenées, soit par gargarisme, soit par irrigation au moyen d'un bock d'Esmarch ou d'un simple irrigateur Eguisier.

Les lavages doivent être répétés toutes les deux ou trois heures au moins. Chez les enfants, il est de règle de faire usage de solutions assez faibles. On pourra se servir d'abord des solutions à base de borax, de naphtol (0 gr. 25 par litre, de phénol 1/2 ou 1 p. 100). Il faut se souvenir que les enfants sont très susceptibles à l'acide phénique.

On peut encore employer des solutions d'acide borique saturées ou sursaturées. On peut faire dissoudre 120 grammes d'acide borique dans un litre d'eau, à condition d'ajouter à chaud 1 gr. 50 de magnésie par 10 grammes d'acide borique.

« Contre les fausses membranes, on doit se servir de pinces munies d'un bourdonnet d'ouate hydrophile, et non de ces ignobles pinceaux de blaireau.

Après avoir enlevé, en procédant avec précautions, les productions membraneuses, on fait une application d'ouate sèche sur la muqueuse, puis d'ouate chargée d'un antiseptique, de naphtol camphré, qui est très douloureux, mais très efficace, ou de phénol sulforiciné, qui est aussi très utile. Ces nettoyages doivent être faits prudemment ; il ne faut pas faire saigner la muqueuse, car on créerait ainsi des voies d'absorption pour les toxines.

A ce traitement local, il est souvent nécessaire d'associer l'antisepsie intestinale. On donne, par exemple, 2 à 3 grammes de naphtol par jour, et, sous l'influence de ce traitement, l'angine peut avorter. On peut administrer le salol (4 à 5 grammes). A haute dose, ce médicament calme la douleur, fait tomber la fièvre et fait tourner court l'angine ; car le salol en se dédoublant, donne du phénol qui agit comme antiseptique. Le seul inconvénient du salol à haute dose est de rendre les urines noires. Mais si l'on cesse ou si même on diminue la dose, les urines reprennent leur couleur physiologique. » (1).

Les toniques, l'alcool, le vin de champagne, l'extrait mou de quinquina à haute dose, sont indiqués naturellement, dans les cas graves adynamiques, généralement de nature diphthérique.

Nous passons sous silence le traitement des complications, qui n'a rien de spécial, évidemment.

C. — Il ne faut pas oublier un dernier point de thérapeutique, c'est le traitement de la convalescence et la désinfection soignée de la chambre, de la literie, des meubles, tapis et objets qui sont restés dans la pièce pendant toute la durée de la maladie.

En ce qui concerne la convalescence, il faut administrer une nourriture substantielle abondante, et des toniques généreux alcooliques, à condition qu'il n'y ait pas d'albuminurie. Quant aux lavages de la gorge, il est prudent de les continuer au moins deux jours, après la disparition des fausses membranes.

La désinfection se fait gratuitement et administrativement, à Paris ; il est du devoir des médecins de ne rien négliger pour persuader les familles de l'utilité capitale de cette désinfection et d'en avertir ensuite l'administration préfectorale. En province et dans les campagnes, la désinfection doit être indiquée par le médecin. Pour la pratiquer, on commence par calfeutrer exactement, tous les orifices de la chambre, avec des bandes de papier collées ; on humidifie l'air en évaporant rapidement de l'eau portée à l'ébullition et en lavant les parquets avec de l'eau sublimée à 1/1000 ; puis on étale la literie, qui ne peut se laver, les meubles, etc., et on dispose au milieu de la pièce un vase de terre à feu ou de métal dans lequel brûleront 20 à 40 gr. de soufre en fleur par mètre cube.

Le soufre est allumé et la dernière issue bien close. Au bout de 36 heures, on ouvre avec précaution les portes et les fenêtres pour aérer pendant au moins 24 heures. Tout ce qui peut être lavé sera envoyé à la blanchisserie, après avoir été jeté dans l'eau bouillante ou dans un antiseptique inoffensif pour les étoffes comme le sulfate de cuivre à 50 pour 1000.

Si l'on appliquait toujours rigoureusement ces mesures un peu compliquées, on ne verrait plus ces épidémies de famille ou de maison telles que celle, dont nous avons rapporté l'histoire en commençant, et qu'on voit assez fréquemment se renouveler.

Dr P. HUGUENIN.

(1) Chauffard. Leçon clinique, in *Union médicale*, 1892.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Le choléra au Havre.

COMMENT UNE GRANDE VILLE SE DÉFEND.

A Messieurs Cerné et Brunon.

Mes chers Amis,

Déjà dans le dernier numéro de la *Normandie*, vous avez donné un aperçu de la gravité de l'épidémie cholérique du Havre, mais cela ne suffit pas. Je vous adresse aujourd'hui une note, que je n'ai malheureusement pas le temps de faire bien longue, destinée à édifier nos confrères sur ce qui s'est passé au Havre et sur les erreurs si regrettables commises au début de l'invasion cholérique.

Le premier cas de choléra signalé eut lieu le 14 juillet et fut soigné par le Dr Lebreton qui n'hésita pas à en faire un cas de choléra morbus. Le malade, demeurant rue des Drapiers, 10, était revenu du Brésil depuis deux mois ; il y avait eu la fièvre jaune. Il était alcoolique. Le directeur du Bureau d'hygiène, le Dr Launay, le considéra comme choléra sporadique, sans importance pour la ville.

Le second cas eut lieu le 23 juillet. C'était une femme de 36 ans. Elle mourait rapidement à l'hôpital.

Le 2 août, troisième cas, troisième décès. C'était une femme de la caserne, de passage, ivrognesse, paraît-il.

Le 4 août, deux cas également suivis de décès.

Le 9, le 12, le 13, nouveaux cas peu nombreux, mais tous très graves. Quant à moi, j'étais fixé, et c'est ici qu'il faut (chose bien étrange en 1892) ouvrir une parenthèse, pour discuter la question du diagnostic entre le choléra nostras et le choléra asiatique.

Toutes les fois qu'un malade est pris de vomissements, de diarrhée, suivis rapidement d'algidité générale, avec ou sans cyanose, il y a lieu de faire le diagnostic du choléra. — On peut ainsi constater plusieurs cas de choléra, même suivis de mort, sans qu'il s'agisse de choléra épidémique. — Mais alors on est vite renseigné sur les conditions qui ont présidé à l'apparition de ces cas de choléra simple. — Ce sont des conditions tout à fait locales, faciles à apprécier. Mais, quand, dans une ville comme le Havre, plusieurs cas rapidement mortels ont lieu sur différents points de la ville, quand les malades sont frappés d'une manière foudroyante, au milieu d'une excellente santé, il ne peut pas y avoir d'hésitation : il s'agit du choléra épidémique, choléra d'importation.

Voici un exemple: Une jeune dame de ma clientèle, d'une santé parfaite, nourrice, habitant un pavillon isolé, sur la côte d'Ingouville. Elle n'a pas quitté sa demeure depuis plus d'une semainc.

Le 17 août, à onze heures du soir, après un dîner où elle a mangé très convenablement, au milieu de son sommeil, elle est prise de vomissements et de diarrhée, et instantanément les crampes la saisissent, elle se refroidit, et quand je la vois à deux heures et demie du matin, elle est à peine reconnaissable (1). Ce tableau-là n'est jamais du choléra sporadique. Si l'on veut absolument un caractère pour distinguer les deux maladies, il faut dire que jamais le choléra simple ne se généralise.

Or, c'est là, me semble-t-il, la grande erreur commise par nos confrères parisiens, erreur funeste, à mon sens, qui coûtera des centaines de millions à la France, et qui a failli coûter horriblement cher à la ville du Havre.

MM. Dujardin-Beaumetz, Brouardel, Proust, et bien d'autres, ont traité le choléra de la banlieue parisienne de choléra simple, parce qu'il se traînait, au lieu de se répandre rapidement. Il se traînait, soit, et cela est dû à des causes encore ignorées, mais il ne cessait pas, et à Aubervilliers on a observé des cas foudroyants, sans diarrhée ni vomissements, tout à fait caractéristiques du choléra asiatique.

Le mot nouveau, de *diarrhée cholériforme*, est déplorable à tous les points de vue. Il trompe sur la nature du mal ; il trompe sur sa gravité, il empêche le corps médical et l'Administration de prendre les mesures nécessaires, et au point de vue clinique, il constitue une entité morbide absolument fausse.

L'eau de boisson est-elle capable de donner le choléra quand elle est polluée (2) ? Je le nie absolument. Jamais on n'a vu en Europe des eaux polluées donner lieu à un choléra épidémique. Je boirai et je ferai boire à tous les miens de l'eau de Seine, et toute l'année, sans la moindre inquiétude, *au point de vue du choléra*. Que l'eau de rivière souillée donne des coliques, de la diarrhée, soit, — mais un choléra qui envahit de proche en proche tout un pays, jamais.

Si l'eau de Seine était capable de créer un choléra épidémique aussi dangereux, aussi meurtrier que celui de la banlieue parisienne, ou que celui du Havre, il faudrait alors faire, et tout de suite, tomber les barrières dites sanitaires que nous avons mises entre l'Orient et nous, et ne plus nous donner le luxe des grandes Conférences internationales pour empêcher la propagation du choléra asiatique.

Il n'y a qu'un choléra, — il n'y en a pas deux, et c'est pour n'avoir pas maintenu ce grand principe d'épidémiologie que nous assistons à la cacophonie actuelle.

Cette digression faite, je reprends mon récit.

Quinze décès de choléra ont lieu jusqu'au 13 août.

Le 14 avait lieu la fête des pompiers, que je déplorais, mais que je ne pus pas empêcher, étant seul de mon avis sur la nature du choléra qui avait envahi notre ville, sans qu'on pût en trouver l'origine, et que l'autorité sanitaire considérait toujours comme sporadique (1).

A partir du 15 août, les décès vont rapidement en augmentant.

Le 15, j'adresse, comme médecin des épidémies, mon rapport au Préfet, où j'affirme la nature de la maladie épidémique qui nous atteint.

Le 16, j'ai une entrevue avec le maire, M. Louis Brindeau, et M. Lardin de Musset, le sous-préfet, et je leur propose un plan complet, très strict, très méthodique de défense. Ces Messieurs l'adoptent. Voici en quoi il consiste :

1° Créer des postes médicaux de jour, très nombreux, et associer intimement la police et l'élément médical. — Les médecins attachés par contrat spécial à ce service sanitaire devront passer, toutes les deux ou trois heures, au poste de police — prendre là les adresses des cas de choléra, — laisser sur un registre *ad hoc* toutes leurs observations, après les visites faites, et indiquer avec soin les mesures à prendre au point de vue sanitaire ;

2° Créer un poste médical permanent, pour la nuit, à l'Hôtel de Ville, relié à tous les postes de police par le téléphone. — Le poste sera composé de deux, trois, quatre médecins, si cela est nécessaire ;

3° Rétribuer largement les médecins pour bien établir qu'il s'agit d'un contrat ;

4° Avoir un service très bien organisé à l'hôpital, puis isoler les malades, etc. ;

5° Avoir sous la main un système complet de désinfection des logements contaminés et des effets des cholériques.

Ce dernier service, séparé du service médical, mais marchant avec lui, sera placé sous la direction du Dr Launay, directeur du Bureau d'hygiène, et du commissaire central de police.

L'ensemble de ces mesures doit avoir pour but et pour résultat d'envelopper la ville d'un vaste réseau qui ne permette pas à un seul cas de choléra d'échapper à l'action administrative.

Le 18 août, assemblée des médecins du Havre sous la présidence du Maire. J'explique à mes confrères le plan qui a été adopté. — Il est accepté par eux, après quelques hésitations. Vingt-quatre médecins se mettent à la disposition de l'Administration.

Le 19 aout, le plan adopté entre en activité, et dès les premiers jours son efficacité est démontrée.

Rien de plus intéressant que de voir à l'œuvre, et jour par jour, la puissance d'une formule scientifique appliquée avec rigueur, et donnant pour résultat la disparition rapide d'une épidémie redoutable, car la mortalité cholérique havraise a été terrible. Les 50 premiers malades entrés à l'hôpital ont donné 48 décès. — Rien de plus intéressant et de plus réjouissant en même temps que de voir l'entrain, le zèle, le dévouement des médecins attachés à ce service, et par-dessus tout, l'activité, le zèle, la rapidité d'exécution qu'on trouve à toute heure du jour et de la nuit chez le maire de la ville, M. Louis Brindeau.

A cet ensemble de mesures, j'aurais voulu ajouter, dès le début, l'expulsion des misérables, des indigents sordides, des taudis où se confine le choléra. Cette mesure entraînait la nécessité d'enlever les gens de leurs demeures et de leur donner un asile convenable, avec la nourriture, avec les vêtements neufs, avec la désinfection de ceux qu'ils portaient. — Ce n'est que tardivement qu'on a pu organiser ce service, dont l'histoire sera faite plus tard.

Qu'il nous suffise de dire à nos lecteurs que le nettoyage complet, avec badigeonnage à la chaux

(1) Cette dame aurait bu à son dîner un siphon d'eau de Seltz pris au village, où venait d'avoir lieu un décès cholérique.

(2) Evidemment je fais abstraction d'une eau de rivière qui aurait été empoisonnée par des selles cholériques.

(1) Cette opinion de l'origine sporadique du choléra du Havre a été partagée par MM. Brouardel et Proust jusqu'au 23 août.

de tous les logements de cholériques, a mis fin à l'épidémie, car aujourd'hui 12 septembre nous touchons à sa fin.

Voici l'échelle des décès et des cas signalés :

Août	Cas signalés	Décès	Août	Cas signalés	Décès
1	»	»	23	47	20
2	3	1	24	51	20
3	»	»	25	48	19
4	2	2	26	45	15
5	»	»	27	71	23
6	»	»	28	60	22
7	»	»	29	70	23
8	»	»	30	65	26
9	2	1	31	59	13
10	»	»	Sept.		
11	»	»	1	49	21
12	3	3	2	43	12
13	8	7	3	36	13
14	1	1	4	27	13
15	1	1	5	34	14
16	28	6	6	27	9
17	23	12	7	19	10
18	46	11	8	11	12
19	34	8	9	15	8
20	52	9	10	8	9
21	45	7	11	13	4
22	61	18			

Soit en 42 jours, 1.091 cas, 393 décès.

Ces chiffres représenteraient pour Paris ceux de 27.275 cas signalés et 9.825 décès.

Je dois faire remarquer, que la mortalité réelle du choléra du Havre est beaucoup plus élevée que celle qui résulte de ce tableau, car dans les cas signalés, il figure beaucoup de simples cholérines. A l'hôpital, la mortalité a été, et est encore de plus de 70 pour 100.

CONCLUSION.

Ainsi, la preuve est faite. Une grande ville de cent quinze mille âmes, même quand elle est envahie sérieusement, peut se défendre du choléra et l'éteindre comme on éteint un incendie. — Cette preuve entraîne des conséquences que je n'ai pas le temps de signaler ici, mais qui sont d'un intérêt capital au point de vue des intérêts commerciaux.

Quant à l'arrondissement du Havre, M. le sous-préfet Lardin de Musset a réussi, comme M. L. Brindeau dans la ville, à éteindre tous les foyers qui s'y étaient créés, en apportant à cette tâche le même zèle, la même intelligence et le même dévouement (1).

Dr Gibert.

BULLETIN DES SYNDICATS

L'Union des Syndicats médicaux et ses statuts.

Les premiers syndicats médicaux étaient à peine fondés, que leurs membres comprenaient la nécessité d'unir tous les efforts, pour faire triompher les questions, qui touchent à l'intérêt général de la profession médicale.

Sans doute, l'établissement d'un tarif d'honoraires communs, de règles de conduite entre confrères qui exercent dans une même localité, la résistance aux prétentions de telle où telle Société de secours mutuels, les questions infimes en un mot sont celles qui nécessitent le plus impérieusement la création des Syndicats, puisque de ces relations de chaque jour naissent les procédés de bonne confraternité. — Il n'en est pas moins vrai que le Corps médical a des intérêts plus généraux à défendre et que la nécessité d'Associations plus larges s'impose à lui.

Les Syndicats départementaux, quelle que soit leur organisation intérieure, répondent à cette nécessité comme l'Union des Syndicats elle-même, sur un terrain plus vaste encore.

Aussi, dès 1884, les délégués des Syndicats médicaux réunis à Paris adoptaient-ils à l'unanimité les décisions suivantes :

L'Union des Syndicats est nécessaire.

Elle doit poursuivre la réalisation de toutes les questions d'intérêt général.

Et immédiatement, un commencement d'organisation était élaboré......

3° L'Union des Syndicats agit près des pouvoirs publics, des Administrations, des Compagnies, des collectivités quelconques, par l'intermédiaire d'une commission exécutive, composée de cinq membres, dont le mandat est annuel et renouvelable.

4° Cette commission est nommée en Assemblée générale par les délégués au scrutin secret, après vérification des pouvoirs.

Chaque Syndicat est représenté par un seul délégué, quel que soit le nombre de ses membres.

Le scrutin par correspondance n'est pas admis.

5° Elle reçoit les résolutions adoptées par les Syndicats relativement aux diverses questions qu'ils ont jugé opportun d'étudier ou qu'elle a cru convenable de désigner à leur attention.

6° Elle se réunit aussi souvent qu'il est utile dans l'intérêt de la profession et au moins deux fois par an.

7° Elle rend compte, dans une Assemblée générale de délégués des Syndicats, des démarches qu'elle a faites et des résultats qu'elle a obtenus.

8° Elle possède un budget alimenté par : 1° la contribution annuelle de chaque Syndicat fixée à un franc par membre, 2° des dons volontaires.

On pouvait se mettre à l'œuvre.

Plus tard les statuts réguliers de l'Union furent rédigés. Nous les reproduisons :

STATUTS.

Art. 1er. A partir du 30 décembre 1884, il est institué une *Union* entre les Syndicats médicaux de France, régulièrement constitués, conformément à la loi du 21-22 mars 1884, qui auront adhéré aux présents statuts.

Art. 2. Le siège de l'*Union des Syndicats médicaux de France* est à Paris, rue Beuret, n° 4. Sa durée est illimitée.

Art. 3. Cette Union a pour but de poursuivre les modifications et les améliorations légitimes que réclame le Corps médical français, par l'organe de ses Syndicats, relativement à l'art de guérir.

Art. 4. L'Union est représentée par un Bureau de cinq membres choisis, chaque année, en Assemblée générale des délégués des Syndicats, au scrutin secret, à la majorité absolue des membres présents, le vote par correspondance étant formellement interdit.

Art. 5. Chaque Syndicat adhérent, quel que soit le nombre de ses membres, n'aura le droit d'envoyer qu'un délégué à l'Assemblée générale annuelle.

Art. 6. La durée des fonctions des membres du Bureau est d'une année, leur mandat est renouvelable.

Art. 7. Le Bureau se réunit au moins deux fois

(1) L'origine de l'épidémie du Havre n'est pas connue. Le *Rugia*, arrivé de Hambourg le 24 août, avait des cholériques à bord, mais à ce moment-là le Havre avait eu déjà 72 décès de choléra. Tous les navires qui ont touché au Havre avant le *Rugia* n'ont pas eu un seul décès en cours de voyage. Je n'en conclus rien, si ce n'est qu'il y a là une inconnue à dégager.

par an ; il désigne son Président et son Secrétaire trésorier.

Art. 8. Il étudie les meilleurs moyens pratiques de réaliser les vœux formés par les divers Syndicats et fait toutes les démarches nécessaires pour obtenir ce résultat.

Art. 9. Il est assisté d'un Conseil judiciaire qui prend rang à ses séances avec voix consultative.

Art. 10. Le Bureau signale aux Syndicats adhérents les questions dont la solution immédiate lui paraît la plus urgente ; mais, respectueux de l'individualité et de l'autonomie des différents syndicats, il reçoit tous les documents et étudie toutes les questions que ceux-ci jugent à propos de lui soumettre. De plus, il se tient à la disposition des Syndicats pour leur fournir les renseignements dont ils ont besoin.

Art. 11. Chaque année, un compte rendu des travaux du Bureau sera lu en Assemblée générale des Syndicats à Paris.

Art 12. Pour subvenir aux frais divers de l'Union, il est institué une caisse alimentée par : 1° un versement annuel de chacun des Syndicats unis à raison de deux francs par membre ; 2° des dons volontaires.

Art. 13. Les sommes provenant de ces diverses sources seront remises entre les mains du Trésorier qui en délivrera récipissé. Il soldera les dépenses prévues par le Bureau.

Art. 14. Le Trésorier devra faire connaître l'état de la caisse à chaque réunion du Bureau ; de plus, il rendra compte de sa gestion, chaque année, en Assemblée générale des délégués.

Art. 15. Les sommes disponibles dépassant mille francs sont déposées au Comptoir d'Escompte, au nom du Président et du Trésorier. Elles ne pourront être retirées que sur un bon revêtu de leurs deux signatures.

Art. 16. La dissolution de l'*Union* ne pourra être prononcée qu'en Assemblée générale, à la majorité des *trois quarts* des délégués présents. L'Assemblée déciderait de l'emploi des fonds existant en caisse ou placés au moment de la dissolution.

Le fonctionnement régulier de l'*Union* était assuré quand un événement grave vint porter à son autorité morale un coup imprévu : nous voulons parler de l'arrêt de la cour de cassation refusant aux Syndicats médicaux l'existence légale. L'Union n'était plus qu'une *Association tolérée*.

Ce n'est pas que cet échec, quelque fâcheux qu'il fût, ait désespéré les promoteurs des Syndicats médicaux ; personne ne proposa leur dissolution ; il y eut, au contraire, unanimité pour réclamer du Législateur un texte de loi formel consacrant l'existence d'associations passées dans les mœurs, et, à l'exemple des syndicats eux-mêmes, l'Union continua de vivre comme par le passé.

Mais la loi tant souhaitée devait se faire attendre, l'activité de quelques Syndicats s'émoussa et dans l'organisation de l'Union se glissèrent des irrégularités, qui firent oublier complètement certaines prescriptions des statuts. Une Société tolérée ne pouvait se montrer aussi stricte qu'une Association reconnue par la loi : il suffisait de prouver le mouvement en marchant, de démontrer par l'expérience la possibilité de l'Union syndicale, de préparer, en un mot, le fonctionnement régulier de cette Union pour le jour tant souhaité du vote de la loi Chevandier.

Nous sommes enfin arrivés à ce jour : la loi, renvoyée au Sénat pour la forme, va être adoptée sans discussion et, dans quelques semaines, sera promulguée. Les syndicats médicaux et l'Union de ces syndicats auront une existence légale !

N'est-ce pas le moment de donner un coup d'œil rétrospectif sur ce qui s'est passé depuis 1884, de corriger ce que l'usage a montré être défectueux, d'assurer enfin à l'Union la marche régulière qui lui attirera l'adhésion de ceux qui hésitent encore ?

Le Conseil de Direction du Concours médical, qui se préoccupe toujours et avant tout des avantages que la solidarité professionnelle peut seule assurer au corps médical, a pris l'initiative de proposer au Bureau de l'Union des Syndicats médicaux la revision de ses statuts. Après avoir lui-même discuté la question avec toute la maturité nécessaire, il a soumis les décisions qu'il avait cru devoir prendre au Bureau de l'Union et a été assez heureux pour les lui faire accepter.

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale du 27 novembre prochain portera donc : *Revision des statuts de l'Union des Syndicats médicaux.* — Cette question ayant une importance majeure, il a été décidé qu'elle serait exposée avec tous les détails nécessaires dans le *Concours médical* afin que tous puissent se prononcer, en connaissance de cause, sur son opportunité.

Entrons donc immédiatement dans le sujet en démontrant la légitimité, la nécessité même de cette révision.

1° *Nécessité de la révision des statuts.*

Que nos confrères qui ont assisté en qualité de délégués aux assemblées générales de l'Union veuillent bien rappeler leurs souvenirs et comparer le mode de faire adopté, au texte des statuts, ils constateront que ceux-ci sont trop souvent oubliés.

Ils verront que le Président, comme le vice-Président, comme le Secrétaire-Trésorier sont nommés, non pas par les membres du Bureau (art. 7), mais par le vote direct des délégués en assemblée générale.

Ils verront que le nombre des membres du Bureau est de six et non plus de cinq (art. 4) par suite de la nomination d'un secrétaire adjoint.

Ils verront que certains Syndicats sont représentés par plusieurs délégués et que d'ailleurs aucun contrôle, aucune vérification des pouvoirs ne sont exercés.

Ils verront que la participation financière des Syndicats n'est pas uniforme, et que, la grande majorité des Syndicats adhérents, versant deux francs par membre, quelques-uns ont été autorisés à ne verser qu'un franc. Ils se souviendront peut-être même qu'en dépit des efforts du trésorier, certains Syndicats, depuis plusieurs années, n'ont rien versé du tout.

Faut-il insister davantage, et la révision n'est-elle pas assez justifiée par ces quelques faits ?

On objectera peut-être qu'il suffirait de revenir à l'application stricte des statuts et de renoncer aux errements anciens. Nous ne le croyons pas, car nous estimons que, dans nombre de cas, ce qui est, vaut mieux que ce qui devrait être et nous sommes autorisés à penser que cet avis est partagé par beaucoup de nos confrères, puisque personne n'a jamais protesté.

D'ailleurs ces statuts nous paraissent insuffisants, ils ne montrent pas assez la grande utilité de l'Union des syndicats ; ils ne font ressortir ni les avantages matériels, ni les avantages moraux qu'elle peut procurer aux Syndicats adhérents ; ils ne parlent pas du Bulletin périodique, cet organe indispensable de propagande et de renseigne-

ments — et ces omissions, qui avaient peut-être leur raison d'être au début, ne se comprendraient plus aujourd'hui que l'Union va entrer dans la vie légale.

Il faut que les statuts contiennent tout ce qui est nécessaire pour faire comprendre le but, le caractère de l'Union, les moyens qu'elle met en œuvre, la marche qu'elle suit. Il ne faut pas qu'un oubli, qu'une habitude permette d'agir en violation de ces statuts, car une irrégularité en entraîne une autre et d'irrégularité en irrégularité on arrive à la mort des Associations, quelqu'avantageuses qu'elles aient pu paraître.

Nous voulons la vie de l'Union des Syndicats, révisons donc ses statuts et, une fois révisés, appliquons-les.

2° Par qui la révision doit-elle être faite?

La révision des statuts de l'Union des syndicats, doit être faite évidemment par l'Assemblée générale des délégués : le bureau de l'Union ne peut que faire des propositions.

Mais puisqu'il fait des propositions à l'Assemblée générale, il peut lui soumettre tout d'abord une mesure dont l'adoption pourrait produire les meilleurs résultats dans l'avenir.

L'idéal serait que tous les Syndicats fissent partie de l'Union ; le possible, c'est d'en grouper le plus grand nombre. Pourquoi, dès lors, ne pas les convier tous à donner leur avis sur l'organisation qu'ils croient devoir être la meilleure pour cette Union ? Certains Syndicats n'ont pas encore donné leur adhésion — ils la donneront demain, et n'est-ce pas hâter leur décision que de les convier à faire œuvre commune avec ceux qui les ont précédés ?

Et puis, n'y a-t-il pas dans les statuts tel article mal compris qui les a tenus éloignés jusqu'à présent ? et ne peut-on espérer que telle modification qu'ils pourront faire accepter ne décide immédiatement leur ralliement ?

L'Union des Syndicats est une œuvre d'avenir, ne craignons pas de l'asseoir sur des bases trop larges.

C'est la thèse qu'a soutenue le Conseil de Direction du *Concours* et qu'a adoptée le Bureau de l'Union : il a décidé qu'il convoquerait à l'Assemblée générale du 27 novembre les représentants de tous les Syndicats médicaux, qu'ils aient ou non adhéré à l'Union. Il ne doute pas en effet que l'Assemblée générale régulière, lorsqu'il lui proposera l'admission de tous au travail de révision des statuts, ne réponde par un vote favorable.

Il a été plus loin encore et, appliquant à la tenue de cette Assemblée, une mesure qu'il espère voir accepter également, il a admis une certaine représentation proportionnelle des syndicats. Ceux-ci, en effet, suivant le nombre de leurs membres, auront droit à un nombre variable de délégués. Tout Syndicat comptant de 1 à 50 membres sera représenté par un délégué ; tout Syndicat comptant de 51 à 100 membres aura droit à deux délégués ; au delà de cent membres et quel que soit le nombre, il y aura trois délégués.

Le vote par correspondance est interdit, mais les Syndicats qui ont droit à plusieurs délégués conserveront, au cas où tous ces délégués ne seraient pas présents, le nombre de voix que leur assurerait leur délégation complète. Le ou les membres présents disposeront donc de la totalité des suffrages accordés à leurs Syndicats.

Nous ajouterons que les membres du Bureau ne comptent pas dans la délégation des Syndicats, les Syndicats dont ils font partie, pourront donc déléguer leurs représentants comme nous avons dit plus haut.

Enfin, la *Société civile du Concours médical*, dont les liens avec les Syndicats sont si étroits, qui n'est elle-même qu'un vaste Syndicat, sera représentée par trois de ses membres à l'Assemblée générale.

Lorsque nous exposerons les raisons qui ont fait amender tel ou tel article des statuts, nous nous efforcerons de justifier ce mode nouveau de composition de l'Assemblée générale. Il nous suffit de dire que les plus grands avantages peuvent résulter de son adoption pour l'Assemblée prochaine. Le Bureau de l'Union croit avoir mérité suffisamment la confiance des Syndicats médicaux, pour se croire autorisé à convoquer dès maintenant, sous cette forme nouvelle, les délégués qui composeront l'Assemblée.

Il demandera d'ailleurs, tout d'abord, la ratification de sa conduite, en mettant aux voix les deux résolutions suivantes :

1° *Y a-t-il lieu de réviser les statuts de l'Union des Syndicats médicaux ?*

2° *Y a-t-il lieu de faire participer à cette révision tous les délégués envoyés par les Syndicats dans les conditions que nous venons d'exposer ?*

P. S. Une invitation spéciale sera envoyée à tous les Syndicats médicaux, dont l'existence est connue du Bureau de l'Union.

Mais, en raison d'omissions possibles, MM. les Présidents des Syndicats sont invités à considérer le présent avis comme une invitation officielle. Le Bureau de l'Union les prie donc de vouloir bien assurer la représentation de leurs Syndicats par la désignation du ou des délégués auxquels ils ont droit, d'après la proportion mentionnée ci-dessus.

Ces délégués devront être munis de pouvoirs réguliers.

REPORTAGE MÉDICAL

Sur l'abus des castrations ovariennes. — Il y a actuellement une réaction très vive contre l'abus qui a été fait de l'opération ayant pour but l'ablation des ovaires. Cet abus n'a jamais été très grand en France ; mais il paraît qu'en Amérique, il a pris des proportions fantastiques.

A ce propos, un humoristique racontait l'examen suivant, subi par un étudiant, aux États-Unis : « Comment faites-vous pour diagnostiquer les affections abdominales ? » — « C'est bien simple, répond l'élève, lorsque c'est un homme, il s'agit d'une appendicite, tandis que chez une femme, c'est une ovarite. »

Cette fantaisie nous revient à la mémoire, en lisant un article de l'*American Journal of medical Association*, où sont cités plusieurs exemples d'opérations faites hâtivement et sans autre souci que celui d'une opération bien menée : ainsi, une femme désirant ne plus avoir d'enfants, trouve un chirurgien pour pratiquer la castration ; un homme, morphinomane, fait enlever les ovaires de sa femme

parce qu'elle est nerveuse, et cela malgré les avis contraires de plusieurs médecins qui l'avaient successivement examinée ; un chirurgien ayant constaté la présence d'une tumeur utérine, en conclut aussitôt qu'elle est de nature fibreuse, et, sans plus attendre, il propose et fait accepter une castration : six mois après, de la tumeur qui avait continué à grossir, sortait normalement un garçon parfaitement vivant ; enfin, il y a même une observation d'ablation des ovaires, pratiquée sur une jeune fille, sous prétexte d'habitudes de masturbation.

Si l'on ne protestait hautement contre des faits pareils, il n'y aurait pas de raison pour s'arrêter, et pour ne pas pratiquer la castration ovarienne, toutes les fois qu'une organe quelconque est atteint, sous prétexte d'influences réflexes.

— *Le rhumatisme en Japon.* — D'après le Dr Michaut (de Yokohama) il y a deux affections qui seraient presque complètement inconnues au Japon, le rachitisme et le rhumatisme. (*Bulletin général de Thérapeutique.*)

L'absence de rachitisme serait due à ce que les femmes japonaises allaitent leurs enfants pendant très longtemps, quatre, cinq, six ans. L'alimentation lactée et maternelle rend compte également du peu de fréquence des affections gastro-intestinales chez les enfants.

Quant au rhumatisme, sa rareté n'est certainement pas due au climat extrêmement humide et pluvieux, avec des variations rapides de température ; le contraire serait plus vraisemblable, étant donné surtout que les Japonais sont fort peu vêtus et vont la poitrine et les jambes nues, hiver comme été. Cela serait dû à l'habitude qu'ont les habitants, les pauvres aussi bien que les riches, de prendre quotidiennement un ou deux bains à la température de 42° à 50°, très courts, suivis d'affusions froides. La peau violemment excitée, fonctionne avec une grande activité ; elle s'épaissit, et est beaucoup moins sensible aux excitations extérieures.

— *Bonbons pharmaceutiques.* — C'est seulement dans une cervelle d'enfant que peut germer l'idée de dérober des pilules à un pharmacien pour s'en régaler avec les camarades, en guise de bonbons.

La chose vient d'arriver à Aniches, et les bonbons n'étaient autres que des granules de Dioscoride. Heureusement que le pharmacien s'aperçut à temps du larcin : des soins furent donnés aussitôt aux petits imprudents, qui en ont été quittes cette fois, pour la peur.... qu'ont dû éprouver rétrospectivement leurs familles.

— *Chemin de fer électrique.* — D'après la *Revue Scientifique*, il serait question de construire un chemin de fer électrique entre Bruxelles et Anvers. Chaque train se composerait d'une seule voiture pouvant contenir 60 personnes. La vitesse serait de 110 kilomètres à l'heure et pourrait être doublée, de façon que l'espace entre Bruxelles et Anvers serait franchi en dix minutes. La construction de la voie coûterait environ 12 millions.

Rien n'empêcherait, après cela, dit l'auteur du projet, M. Van den Kerchove, de continuer jusqu'à Paris.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3746. — M. le Dr Houdart, de Saint-Pierre-Quilbignon (Finistère), membre du syndicat du Finistère.

N° 3747. — M. le Dr Aymard, de Limogne (Lot), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. le Dr Bouchard, de Dôle (Jura) et de M. le Dr Fabreguettes, de Saint-Chamond (Loire), membres du « Concours médical ».

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4,

Libraire-éditeur du **« Concours médical »**, la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

Viennent de paraître :

1° *Supplément du* **Guide pratique des sciences médicales**, publié sous la direction scientifique du docteur Letulle. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1892, in-16, VII-419 pages, net quatre francs, franco.

Nous avons rendu compte de l'ouvrage à l'époque où il a paru ; les auteurs ont eu l'excellente idée d'ajouter aujourd'hui, au volume principal, volume principal net 9 f. 60 franco un supplément de même format destiné à tenir les lecteurs au courant des progrès réalisés depuis deux ans dans les différentes branches des sciences médicales. Il est fâcheux que ce procédé ne soit pas plus souvent appliqué chez nous. Il se passe souvent entre deux éditions successives d'un même travail, un intervalle assez long pour qu'il ait le temps de vieillir.

Nous n'en sommes plus au temps où les livres qui avaient servi à une génération de médecins pouvaient servir au même titre à la génération suivante. Il serait peut-être hasardeux d'affirmer qu'en 10 ans, la pathologie se transforme ; il faut d'habitude plus longtemps que cela pour qu'une découverte soit mûre et adoptée, pour qu'une notion nouvelle surgisse de l'inconnu. Ce qui se transforme, c'est la manière d'envisager les faits, de les expliquer, de les exposer ; souvent des doctrines temporaires et assez mal étayées, sont le point de départ d'observations et de méthodes thérapeutiques valant beaucoup mieux qu'elles. C'est pour cela que le praticien le plus timoré, le plus défiant par rapport aux écarts de l'imagination, le plus rigoureusement attaché aux règles de l'empirisme objectif, est obligé de suivre exactement le mouvement théorique de son temps.

Il y a, dans le supplément du Guide pratique des chapitres nouveaux sur les maladies du rein et du poumon qu'il est indispensable de lire ; les divisions consacrées à l'obstétrique et à la chirurgie n'ont pas moins d'importance. Il est probable qu'il aura le même succès que le travail qu'il complète.

2° Laffon (Docteur Raoul). — **Hygiène et Salubrité de l'école**, ou traité d'hygiène scolaire (la maison d'école et ses dépendances : emplacement, orientation, construction, dimensions, ventilation, chauffage, éclairage ; le mobilier scolaire, conditions auxquelles il doit satisfaire ; la myopie chez les écoliers et l'hygiène de la vue ; l'éducation physique ; la discipline scolaire ; les maladies contagieuses, leurs premiers symptômes et leur prophylaxie à l'école ; l'inspection médicale des classes, l'élaboration de la statistique sanitaire par les instituteurs, la vulgarisation de l'enseignement de l'hygiène, et les réformes administratives) ; ouvrage couronné par la Société d'hygiène de l'enfance de Paris. In-18, 136 p. Relié. (Petite Encyclopédie médicale, publiée par la Société d'Editions scientifiques de Paris.) Prix : 3 fr.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année N° 40 1er Octobre 1892



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Union des Syndicats médicaux de France

Convocation des Syndicats à l'Assemblée générale du 27 novembre

Paris, 1er octobre 1892.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous informer que l'Assemblée Générale de l'Union des Syndicats médicaux de France se tiendra le Dimanche 27 Novembre, à Paris, au Grand Hôtel, à deux heures.

Le Bureau a décidé qu'il proposerait à cette Assemblée Générale la revision des statuts de l'Union. Estimant qu'il y avait lieu de procéder à cette revision dans l'esprit le plus large, il convoque à l'Assemblée les Délégués de tous les Syndicats *adhérents ou non à l'Union*.

Je vous prie donc de vouloir bien assurer la représentation de votre Syndicat en faisant procéder à la nomination de *Délégués*, d'après les bases suivantes provisoirement adoptées :

Syndicat de 1 à 50 membres : un délégué.
Syndicat de 51 à 100 membres : deux délégués.
Syndicat au delà de 100 membres : trois délégués.

Les Membres du Bureau de l'Union, faisant de droit partie de l'Assemblée, ne seront pas comptés dans cette Délégation.

Les Délégués devront être munis de *pouvoirs réguliers*. Ces pouvoirs peuvent, d'ailleurs, être envoyés, à l'avance, au Bureau du *Concours Médical*, 23, rue de Dunkerque, où ils seront enregistrés par les soins du Dr Gézilly, *Vice-Président de l'Union*.

Le *Bureau de l'Union* souhaite ardemment la présence à l'Assemblée de tous les Délégués des Syndicats; cependant, en raison des empêchements possibles, il a décidé que le ou les Délégués présents pourraient disposer de la totalité des suffrages attribués à leur Syndicat.

Les Syndicats vont, dans quelques semaines, jouir de l'existence légale que leur assure le vote de la *loi Chevandier* ; j'ose donc espérer, Monsieur le Président, que le concours de votre Syndicat est assuré à la revision nécessaire des statuts de l'*Union des Syndicats*.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Le Président de l'Union des Syndicats Médicaux,

Dr de Fourmestraux.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de l'albuminurie (*Suite*).

A l'Académie de Médecine, continuation de la communication de M. G. Sée sur le traitement de l'albuminurie :

Les albuminuries physiologiques et cardiaques ne comportent aucun traitement spécial.

Seule, la maladie du cœur réclame les moyens thérapeutiques ordinaires : digitale, iodures, diurétiques, etc.

Contre les néphrites parenchymateuses, on institue le régime lacté, 3 à 4 litres par jour, et, à son défaut, le régime blanc combiné avec les fécules azotées. Il faut prescrire le repos absolu, la chaleur, l'abstention de bains froids ou chauds. Les fécules azotées sont fournies par la croûte de pain, les purées de lentilles et de pois. Les pommes de terre, le riz ont une valeur bien inférieure.

Dans les néphrites interstitielles il y a une indication vitale à remplir, c'est de soutenir les forces du malade. Dans ce but, M. Sée n'hésite pas à prescrire un régime véritablement fortifiant, aussi albumineux que dans l'état de santé et aussi composé de valeurs calorigènes (graisses et hydrates de carbone) que l'exige la conservation des énergies. On donnera des viandes blanches ou noires, des légumes azotés, amylacés et on prescrira un peu de vin de Bordeaux.

L'albuminurie malarique est justiciable de la quinine.

Les albuminuries toxiques, bactériques, ptomaïniques, réclament la cure lactée exclusive. La syphilis du rein doit être combattue par l'iodure de potassium et le mercure.

En ce qui concerne le traitement pharmaceutique, M. G. Sée repousse un grand nombre de moyens préconisés par les anciens auteurs :

1° Les saignées, les ventouses, les vésicatoires sont très nuisibles ; 2° Les sudorifiques et autres moyens destinés à rétablir les fonctions de la peau, sont également dangereux ; 3° Les diurétiques, qui peuvent être utiles dans quelques cas, sont mauvais dans les néphrites interstitielles ; quand un diurétique doit être employé, il faut avoir recours à la lactose seule. Les purgatifs mêmes sont quelquefois dangereux ; 4° Les médicaments cardio-vasculaires (digitale, convallamarine, etc.), ne rendent aucun service ; 5° Les ferrugineux et les toniques sont très nuisibles ; 6° Les iodures alcalins peuvent souvent rendre des services.

A l'heure actuelle, le strontium et le calcium sont les médicaments par excellence pour combattre l'albuminurie. On les administre de la manière suivante tour à tour :

Lactate de strontium.........	4 gr. par jour
Bromure de strontium.......	4 —
Bromure de calcium.........	4 —
Chlorobromure de calcium...	4 —

Ce dernier sel, qui a l'avantage de ne pas trop bromurer les malades, constitue un médicament précieux.

M. *Dujardin-Beaumetz* recommande aussi fortement le régime végétarien et les œufs dans l'albuminurie.

Quand on est sous la menace d'une crise urémique, le régime lacté exclusif s'impose.

Quand, au contraire, la perméabilité du rein est un peu plus grande, on peut permettre le régime végétarien. Quand la perméabilité est encore très grande, on peut y ajouter les viandes très cuites et gélatineuses.

Le régime végétarien peut prolonger beaucoup la vie des malades. Il est donc, à notre avis, fort recommandable chez les brightiques.

Le lait bouilli et le lait cru dans l'allaitement artificiel.

M. le Dr *Drouet*, dans un travail récent, vient apporter l'appoint de ses expériences personnelles à une doctrine, trop souvent battue en brèche même par des médecins, et qu'on devrait cependant voir partout adopter ; c'est la doctrine de la supériorité absolue du lait bouilli sur le lait cru, dans l'allaitement artificiel.

Autrefois il était universellement admis que le lait doit être employé dans un état aussi semblable que possible à celui dans lequel il se trouve au sortir de la mamelle, et le lait cru était seul usité dans l'allaitement artificiel.

Depuis quelques années, un changement important s'est produit dans l'opinion du corps médical. Frappés de certains faits dans lesquels le lait a paru servir d'agent de transmission à diverses maladies et tout particulièrement à la tuberculose, la plupart des auteurs recommandent actuellement de n'administrer que le lait bouilli.

C'est une erreur de prétendre que le lait est, lorsqu'il est cru, un aliment plus assimilable, parce qu'il est, en quelque sorte, vivant. Une fois sorti des glandes mammaires, dans les conduits galactophores, le lait est déjà mort, si bien même qu'il est susceptible de s'altérer dans ces conduits.

Les seules altérations que l'ébullition fait éprouver au lait sont donc, en réalité : la formation de la peau, le dégagement des gaz et de la vapeur d'eau, la perte des principes sapides volatils, la destruction de certains micro-organismes et enfin cette modification de la caséine qui a pour effet un changement dans la façon dont se fait la coagulation de cette substance.

Un des avantages de l'ébullition du lait est de coaguler en une couche mince superficielle l'albumine qui est mal digérée par l'enfant. Il est facile de l'enlever lorsqu'elle est ainsi coagulée par la chaleur.........

L'ébullition permet donc de supprimer l'albumine du lait de vache, et cette élimination d'un principe manifestement indigeste, pour les jeunes enfants, ne doit certainement pas être sans influence sur la digestibilité du lait bouilli dans le premier âge.

Les conclusions de M. Drouet sont les suivantes :

« Il est permis aujourd'hui d'affirmer que le lait de vache prend une part importante à la propagation de la tuberculose, cela aussi bien chez les jeunes enfants qu'à une époque plus avancée de l'existence.

D'un autre côté, il est bien démontré que l'ébullition du lait peut, seule, mettre à l'abri de tout danger de contagion.

Il n'est pas, croyons-nous, d'argument qui plaide avec plus d'éloquence en faveur de l'usage exclusif du lait bouilli dans l'allaitement artificiel. »

La digestibilité du lait bouilli est parfaite ; une seule chose manque à ce lait, ce sont certains principes volatils, qui donnent meilleur goût. Mais cet inconvénient est absolument négligeable pour les enfants en bas âge, qui ont le goût peu développé.

Traitement du chancre mou.

M. le Dr *Balzer*, de l'hôpital de Lourcine, passe en revue, dans une récente leçon clinique, les différents modes de traitement à appliquer au chancre mou et donne sur chacun de ces moyens une appréciation basée sur des faits d'expérience personnelle.

L'indication primordiale du traitement consiste à détruire l'ulcération, véritable foyer d'infection fournissant un pus très contagieux, auto-inoculable et qui peut devenir le point de départ d'infections lymphatiques secondaires. En entreprenant d'éteindre la virulence dans ce foyer, il faut se souvenir que le processus ulcéreux du chancre mou gagne rarement les parties profondes et ne s'étend le plus ordinairement qu'en surface. Il est donc possible de le détruire par des agents puissants, les agents caustiques et les coagulants énergiques, qui suppriment à la fois et le contage et le foyer infectieux. On cherche à modifier la surface de l'ulcération et à la transformer en une plaie simple que l'on traitera par les antiseptiques. Lorsque la surface n'est pas très étendue et que l'on trouve un réel intérêt à le faire, on peut tenter l'ablation du chancre mou.

Parmi les caustiques employés, thermo ou galvano-cautères, pâte carbo-sulfurique de Ricord, pâte de Vienne, M. Balzer donne la préférence au chlorure de zinc liquide saturé ou au 1/10, ou bien à l'état de pâte chloroxyzincée, préparée comme il suit :

Chlorure de zinc........ 1 partie
Oxyde de zinc......... 9 ou 10 parties.
Eau distillée........... q. s.

et appliquée avec un tampon d'ouate hydrophile pendant 24 heures.

M. Du Castel préfère la solution d'acide phénique cristallisé au dixième dans l'alcool.

M. le professeur Fournier, le nitrate d'argent en solution à 3 ou à 5 %.

M. Dujardin-Beaumetz préconise le chloral en solution à 1/20.

Les Italiens emploient la résorcine en poudre ou en solution à 1/10.

Les caustiques liquides sont employés sous forme de simples attouchements, faits à intervalles déterminés, tous les jours ou tous les deux ou trois jours seulement. Dans l'intervalle des attouchements, on fait des pansements antiseptiques.

M. Balzer conseille les pansements à la poudre d'iodoforme ; c'est, dit-il, le meilleur antiseptique à opposer au chancre mou. Il est préférable même à tous les nouveaux antiseptiques vantés contre le chancre mou : iodol, europhéne, biiodure de théophène, dermatol, sous-benzoate de bismuth, salol, acide salicylique, etc. Malheureusement son emploi répugne aux malades, à cause de l'odeur pénétrante qu'il exhale partout où ils passent. Cette odeur ne peut être masquée complètement par n'importe quelle substance ; aussi, M. Balzer conseille-t-il d'appliquer l'iodoforme pendant la nuit et la poudre d'aristol pendant le jour.

En résumé, les indications du traitement peuvent être largement remplies de la manière suivante :

1° Propreté absolue, par des bains locaux chauds à la température de 40° (Aubert).

2° Transformation du chancre en plaie simple, par application de pâte chloroxyzincée au dixième, immédiatement après le bain, maintenue pendant 24 heures et renouvelée tous les deux ou trois jours.

3° Dans l'intervalle de ces applications caustiques, pansements aristolés ou iodoformés, continués jusqu'à la cicatrisation complète.

On conseillera, en outre, le repos, afin d'éviter les irritations locales et d'empêcher, dans la mesure du possible, les complications ganglionnaires. De plus, si l'on est en présence d'un sujet affaibli, il sera nécessaire d'user largement de la médication tonique.

Traitement des pneumonies chez les diabétiques.

M. *Ch. Eloy* envisage de la manière suivante les indications du traitement dans les pneumonies des diabétiques : Comme prophylaxie, il conseille avec Marchal de Calvi, les frictions sèches de la peau, le massage, les bains sulfureux ; il recommande l'hygiène climatérique, le séjour dans les stations méridionales bien abritées, même maritimes, pendant l'hiver ; l'antisepsie buccale est également de première importance contre l'invasion du pneumocoque.

Comme traitement, il faut employer les sinapismes, les ventouses sèches, et rejeter les vésicatoires, causes de néphrite et d'érysipèle. Il faut proscrire les antimoniaux ; contre l'insuffisance rénale, les menaces d'adynamie et de collapsus, on emploiera la caféine à haute dose ; les inhalations d'oxygène sont excellentes contre la dyspnée. Le régime lacté, l'alcool, les vins généreux, quoique contre-indiqués dans le diabète, seront employés pour alimenter les malades et favoriser l'élimination des toxines.

Enfin la quinine et l'antipyrine auront le double avantage d'agir sur la température et d'atténuer au moins la polyurie.

Diagnostic et traitement de l'ozène syphilitique.

M. le Dr *Castex*, dans une étude de séméiologie pratique sur l'ozène syphilitique, expose de la manière suivante le diagnostic de cette affection si tenace :

Le diagnostic est très souvent difficile ; d'abord, parce que l'affection se montre, en général, à l'état isolé, sans les lésions caractéristiques de la syphilis, puis, c'est le plus souvent dans un cas de syphilis ignorée que l'affection apparaît. Il est particulièrement épineux chez les enfants des milieux sociaux élevés. On est souvent obligé de recourir au diagnostic différentiel ; or, dans la pratique, il n'y a guère que l'ozène scrofuleux et l'ozène simple ou vrai qui prêtent à confusion. Les caractères différentiels sont les suivants :

Ozène syphilitique.	*Ozène scrofuleux.*
Nez gonflé à la racine (nez camard).	Nez gonflé aux lobules et aux ailes.
Le squelette est intéressé.	Le squelette est indemne
Triade d'Utchinson.	O
O	Autres signes de scrofule.
O	Fréquence des végétations adénoïdes.

Malgré ces caractères distinctifs, le diagnostic reste quelquefois très embarrassant.

Quant à l'ozène vrai, l'absence de lésions osseuses, l'atrophie des parois muqueuses, l'aspect vernissé du pharynx suffisent à le différencier de l'ozène syphilitique. Le siège des lésions est également important.

On emploie trois procédés d'examen :

1° La palpation, qui révèle l'épaississement.

2° La rhinoscopie antérieure au moyen du spéculum nasi et d'un réflecteur frontal éclairé par une bonne lampe.

3° La rhinoscopie postérieure avec un petit miroir circulaire et l'abaisse-langue spécial de Turck.

A l'aide du spéculum et du stylet nasal, on se rend compte de la présence des séquestres et de leur mobilité.

Au point de vue pronostic, les malades sont exposés à la mort subite ou, dans les cas les moins défavorables, ils restent de longs mois à l'état de punais ; lorsque le processus s'est arrêté, il laisse comme trace de son passage une déformation infamante du nez.

Quel est le traitement à suivre dans ces cas d'ozène syphilitique ? Le mercure et l'iodure, qui donnent de si merveilleux résultats dans leur application à la syphilis, ne peuvent rien contre les séquestres constitués. Cependant, leur emploi est indiqué dans les cas de lésions jeunes, sur

lesquelles ils pourraient produire encore leur influence.

Le traitement local est bien plus efficace ; il consiste à désinfecter, à extirper les séquestres et à restaurer l'organe.

Pour désinfecter, le meilleur moyen est la douche de Weber, pratiquée six fois par jour avec une solution soit d'acide phénique à 1 p. 100, soit d'acide borique à 3 p. 100, soit de permanganate de potasse à 2 p. 100. Il faut prolonger suffisamment ces injections pour empêcher que des croûtes adhérentes ne se reforment sur les ulcérations intra-nasales. On peut faire priser au malade une poudre antiseptique telle que le bismuth. S'il se présente des végétations exubérantes, il y a lieu de les détruire au galvano-cautère.

Un moyen simple de dissimuler la punaisie est de placer dans chacune des narines du malade un petit tampon d'ouate.

La deuxième indication est d'extirper les séquestres. Au temps de Ricord, où l'on craignait l'érysipèle, on attendait leur élimination spontanée. Aujourd'hui, la sécurité de l'antisepsie nous permet d'être plus osés. On peut simplement, après avoir fait une injection antiseptique, tirer avec une pince sur le séquestre mobile. Il a fallu parfois diviser le nez sur la ligne médiane pour enlever les portions d'os nécrosés. M. Pozzi a alors promené un cautère rougi à blanc dans toutes les sinuosités des fosses nasales et les sinus. La curette de Volkmann est parfois indiquée. Quel que soit le mode d'intervention, il serait imprudent d'entreprendre une opération non réglée, car des hémorrhagies incoercibles pourraient en être les conséquences.

Enfin, le processus arrêté, il y a souvent lieu de restaurer l'organe pour rendre au malade figure humaine. Sans vouloir traiter la question des procédés de rhinoplastie, M. Castex rappelle simplement un point discuté : Trélat enseignait qu'avant d'entreprendre toute opération de ce genre, il était indispensable d'attendre que la syphilis fût éteinte. Autre est l'opinion de MM. Fournier et Mauriac, qui estiment que les tissus d'un syphilitique sont aptes à la cicatrisation et que le mieux est de restaurer, au plus vite, les malformations que laisse la diathèse.

(*Union médicale.*)

Substitution de l'essence de moutarde aux sinapismes en feuilles.

M. Bisserié, pharmacien de l'armée, propose de substituer à la farine de moutarde et aux sinapismes en feuilles, l'essence de moutarde (sulfocyanate d'allyle) en solution au dixième dans l'alcool à 90°.

Au moyen d'un pinceau de charpie ou de coton, on étend cette solution sur la partie à rubéfier, qu'on recouvre ensuite d'une feuille de papier huilé ou paraffiné ou de taffetas gommé. Moins d'un centimètre cube suffit pour une surface équivalente à celle que peut recouvrir une feuille de papier-sinapisme. La révulsion commence quelques secondes après l'application et est complète en une minute. On n'a pas à craindre les accidents qu'amène parfois le contact prolongé du papier-sinapisme.

La solution d'essence conserve en vieillissant toutes ses propriétés actives ; son faible volume facilite, au point de vue militaire, son approvisionnement et son transport. Son prix est peu élevé : un litre de solution au dixième vaut environ 11 fr. 20 et représente plus de 1,000 feuilles de papier-sinapisme.

(*Montpellier médical.*)

Traitement des cystites par les instillations d'iodoforme.

Un médecin Finlandais, M. Okey Blom, indique un nouveau mode de traitement des cystites tant aigües que chroniques par les instillations d'iodoforme éthéré-huileux, qui donne d'excellents résultats.

Il emploie la solution suivante :

Iodoforme, 1 gramme ; éther sulfurique, huile d'olive, ââ 7 grammes. L'iodoforme est entièrement dissous dans l'éther (1 gramme d'iodoforme se dissout complètement dans 5 grammes d'éther). Il y a, pour l'évaporation, un petit surplus d'éther dans la solution. L'huile d'olive n'est ajoutée que pour adoucir l'irritation que produit l'éther sur la muqueuse vésicale.

On introduit le liquide dans la vessie à l'aide d'un instillateur Guyon, 1 à 6 c. c. à la fois, chaque jour, tous les deux ou trois jours. Immédiatement avant l'opération, on fait uriner le malade. L'instillateur et son explorateur à boule olivaire seront désinfectés chaque fois dans du sublimé au millième.

On pourrait craindre que l'éther, dont le point d'ébullition est à + 34° ou 36°, introduit dans la vessie en plus grande quantité (jusqu'à 6 c. c. de la solution = environ 3 c. c. d'éther) ne se vaporisât soudain et ne fît élargir avec violence, ou même éclater la vessie. En essayant d'injecter 1 c. c. du liquide dans un tube de verre gradué, renversé et rempli d'eau, lequel on enfonce dans de l'eau de différentes températures, on trouve qu'à + 39° ou 40° de 1 c. c. se forment 22 à 28 c. c. de vapeur d'éther, à + 38°, environ 10 c. c. et à + 37° environ 5 à 6 c. c. Mais, étant constaté que les cystites ne s'accompagnent pas de fièvre, à moins qu'il n'arrive des complications, il n'y a aucun risque d'introduire dans la vessie 2 à 6 c. c. du liquide, lequel, à une température d'environ + 38° c., produirait 10 à 30 c. c. de vapeur d'éther. Aussi peu de capacité de la part de la vessie saurait à peine être supposée. D'ailleurs, à + 38°, la vaporisation se fait très lentement. Il n'en est pas de même à + 39° ou 40°, la vaporisation se fait avec beaucoup de violence et exige la plus grande précaution dans les cystites compliquées par la fièvre.

Bien entendu, l'iodoforme éthéré-huileux n'est pas un remède universel dans les cystites, mais dans plusieurs cas (11 sur 12) il a agi d'une manière très efficace. Il est évident que l'individualité joue un grand rôle et laisse à décider pour chaque cas particulier de la quantité du liquide à injecter, du nombre d'injections, de leur répétition chaque jour, tous les deux jours, etc. Combiné avec des remèdes intérieurs et un régime sévère, l'effet du traitement sera forcément encore plus efficace.

Les plus favorables au traitement sont incontestablement les cystites aiguës (gonorrhéiques), et elles paraissent, déjà quelques jours après avoir éclaté, propres aux injections d'iodoforme éthéré-huileux. Plus opiniâtres sont, au contraire, les cystites chroniques.

Le vésicatoire phéniqué chez les enfants.

Tout le monde connaît les inconvénients du vésicatoire cantharidien chez les enfants : pendant l'application du vésicatoire, l'enfant est en proie à une agitation intense, qui peut aller jusqu'aux convulsions ; la dysurie n'est pas rare non plus. Quant aux suites du vésicatoire, elles ne sont pas toujours simples ; il se fait souvent des eschares ou seulement des éruptions furonculeuses, parfois très tenaces et très difficiles à guérir. Je sais bien que le vésicatoire appliqué antiseptiquement par la méthode moderne et pansé avec la protective au sublimé, est exempt de quelques-unes de ces complications, mais on n'a jamais une sécurité aussi complète qu'avec le procédé imaginé par M. *Hayem* et amélioré par M. *Aug. Ollivier*, médecin de l'hôpital des Enfants. Ce procédé consiste dans l'application sur la peau d'un badigeonnage fait avec une solution phéniquée concentrée.

Acide phénique cristallisé........	9 gram.
Alcool à 90°......................	1 —

Voici, comment on doit procéder :

1° Afin d'éviter la diffusion en dehors de la zone sur laquelle on veut faire porter la révulsion, on isole cette zone au moyen d'une couche de vaseline ;

2° On enlève la matière grasse qui peut être à sa surface avec un tampon d'ouate trempé dans l'alcool concentré ou mieux dans l'éther ;

3° Lorsque la région est bien détergée, on la frotte avec un autre tampon d'ouate plongé dans la solution de M. Hayem et fixé sur une petite tige de bois ;

4° On attend pendant une minute environ que la peau soit devenue blanche, puis, avec un pinceau imbibé d'un peu d'alcool, on enlève l'acide phénique en excès ;

5° On panse avec une couche d'ouate fixée par une bande.

La douleur est assez vive pendant une dizaine de minutes, et diminue ensuite notablement ; elle est comparable à tous points de vue à celle que produit une application de teinture d'iode. La teinte brunâtre de la peau persiste assez longtemps, parfois pendant quelques mois.

On peut appliquer de cette façon des vésicatoires dont le diamètre varie de 5 à 15 centimètres.

M. Ollivier n'a jamais observé d'intoxication phéniquée ; de plus, la douleur n'est pas très vive et cesse rapidement ; comme il n'y a pas de plaie, il ne peut y avoir ni irritation, ni exulcérations, ni infection secondaire par la diphthérie, par exemple. Enfin, on peut le renouveler aussi souvent qu'on le juge nécessaire.

Constatation des décès chez les cholériques.

La constatation du décès chez un cholérique est souvent fort délicate, car, dans cette maladie, ni la cessation des mouvements de la respiration, ni la cessation des battements du cœur ne sont des signes de mort. C'est Claude Bernard qui l'a dit à propos des cholériques cyanosés encore vivants :

« Chez eux, a-t-il écrit, la respiration se fait « comme chez les grenouilles, les marmottes, en « hiver. L'oxygène de l'air, en pénétrant dans les « poumons, n'y détermine plus de combustion... « L'air expiré ne contient plus d'acide carbo- « nique.... l'air expiré offre à peu près la même « composition que lorsqu'il a pénétré dans les « poumons... La cessation de la circulation n'est « donc pas dans tous les cas un signe certain de « mort. »

M. le Dr *A. Netter* conseille d'employer les trois moyens suivants, afin d'éviter toute erreur :

1° Avec une sonde œsophagienne, introduire par la bouche une quantité abondante d'eau dans le tube digestif. Les débris épithéliaux qui recouvrent la muqueuse seraient ainsi dilués et peut-être l'eau serait-elle encore absorbée.

2° Placer le corps dans un bain à la température ambiante, la tête naturellement maintenue hors de l'eau. — En 1849, à Paris, à l'Hôtel-Dieu, la pancarte d'un enfant de 6 à 7 ans, portait : *Décès constaté* ; or le sujet placé dans un bain à 14° ne tarda pas à revenir à lui, à se mettre sur son séant et à parler. Malheureusement on le sortit de l'eau au bout d'une demi-heure, et à peine dans son lit, il cessa de vivre, est-il dit dans le récit.

3° Chez un cholérique, considéré *comme décédé*, pratiquer une petite incision dans la paroi abdominale et injecter *une abondante quantité d'eau tiède, dans la cavité péritonéale*, opération qui, en cas de résurrection, serait inoffensive, l'introduction de l'eau dans le péritoine en pleine péritonite se pratiquant aujourd'hui journellement.

Il est fort important de poser un diagnostic infaillible de mort, puisqu'on est forcé par l'administration de procéder rapidement à la constatation et de faire exécuter l'inhumation en quelques heures, pendant la durée de l'épidémie.

CLINIQUE

Hôpital Broussais. — Dr H. Barth.

Leçon recueillie par P. Hervouet.

Emphysème pulmonaire.

Il y a en ce moment au n° 3 de la salle Axenfeld une femme de 47 ans, se plaignant d'étouffements continuels.

Dans ses antécédents, nous ne relevons rien d'héréditaire. Sa santé a été bonne jusqu'à quarante ans, et elle est d'un tempérament vigoureux.

A quarante ans, elle eut la fièvre typhoïde, qui guérit sans complications immédiates. (Notons qu'à cet âge la dothiénentérie est d'une gravité plus grande, même lorsqu'elle paraît légère, et qu'à la suite, il survient facilement des complications bronchiques et pulmonaires).

Il y a deux ou trois ans, elle eut une bronchite assez sérieuse qui l'obligea de rester quelque temps au lit. En même temps, elle eut à supporter beaucoup de fatigues, accompagnées de privations.

Depuis six mois, il existe une toux persistante, et de la dyspnée survenant au moindre effort, empêchant la malade de dormir la nuit. En outre, depuis un mois, elle a des métrorrhagies très abondantes.

A son entrée, hier matin, nous avons été frappé de son aspect particulier : elle était assise sur son lit, le facies hagard avec un peu d'exophthalmie, les narines dilatées, respirant avec effort ; on entend *un sifflement à l'expiration*.

A l'inspection de la poitrine, on remarque que le thorax est bombé, les arcades costales élargies; le sternum forme avec la colonne vertébrale un

angle plus ouvert que normalement ; le diaphragme est abaissé, et le ventre tendu d'une façon permanente, même dans l'expiration.

La percussion fait constater une augmentation de la sonorité, surtout en avant, sous les clavicules, et en arrière aux bases : c'est un tympanisme sourd.

L'auscultation est difficile : le murmure vésiculaire, presque aboli, est remplacé par un bruit plus rude, assez faible à l'inspiration, plus fort à l'expiration, qui est prolongée et soufflante avec des râles sibilants nombreux, fins et gros, produisant le sifflement laryngé. Il n'y a presque pas de râles humides.

Au cœur, on entend très manifestement un bruit de galop ; je ne crois pas qu'il y ait de la dilatation cardiaque. Les bruits sont à peu près normaux, seulement un peu parcheminés à la base.

Le pouls est régulier, assez calme sauf pendant les crises de dyspnée.

Il y a des signes évidents de stase sanguine périphérique, quoique le cœur ne soit pas malade ; œdème des membres inférieurs, cyanose du visage, dilatation des veines du cou, extrémités refroidies.

L'appétit est conservé et les organes abdominaux paraissent sains.

Il n'y a pas de fièvre.

Quel *diagnostic* faut-il porter ? Au premier abord on songe à une affection cardiaque, mais ici, les antécédents et les symptômes militent contre cette idée ; car ce sont les troubles respiratoires qui ont débuté, et qui dominent la scène.

Il y a encore une autre question à se poser : quand on observe, chez une personne ayant dépassé la quarantaine, un bruit de galop en même temps qu'il existe de la dyspnée, de l'œdème des jambes, etc., on doit se demander s'il n'y a pas de la néphrite interstitielle. Ici ce n'est pas le cas ; car la dyspnée urémique due à une insuffisance de dépuration urinaire, est accompagnée rapidement de phénomènes plus sérieux, tandis que les symptômes que présente la malade remontent à six mois ; de plus, les urines ne contiennent pas d'albumine : donc la bronchite ne doit pas être d'origine brightique.

C'est un cas d'emphysème pulmonaire avec un état asthmatique.

Quelles sont les *causes* de l'emphysème pulmonaire ? Elles sont en général très variées.

Certaines personnes deviennent emphysémateuses, parce que, dès leur jeunesse, elles sont asthmatiques ; l'emphysème survient à la longue par suite des efforts excessifs faits dans les crises de dyspnée asthmatique.

D'autres ont eu des bronchites réitérées ; l'emphysème se produit par les efforts de toux, par l'oblitération des petites bronches, par la propagation inflammatoire.

Il en est de même dans les bronchites tuberculeuses guéries, où les alvéoles voisines des cavernes se dilatent pour remplir le vide.

Chez d'autres encore, c'est une cause fréquente, bien plus fréquente, une affection générale dont les effets sont infiniment variés, l'artério-sclérose, qui, suivant les individus, atteindra de préférence tantôt le rein, tantôt le cœur, tantôt le poumon, etc., assez souvent plusieurs organes. Le processus est le suivant : la sclérose des petits vaisseaux produit leur rétrécissement et leur oblitération ; puis le tissu conjonctif prolifère dans le périartère et les parties voisines. Lorsque dans le poumon, un certain nombre de petits vaisseaux sont oblitérés et le parenchyme épaissi par prolifération conjonctive, alors le champ de l'hématose est rétréci, tant par l'oblitération artérielle que par la destruction d'un certain nombre d'alvéoles ; la surface respiratoire se trouve notablement réduite ; il en résulte de l'insuffisance respiratoire ; et le malade, surtout s'il se livre à un travail actif, a besoin de mouvements respiratoires plus énergiques et plus fréquents ; c'est le premier stade ; la *dyspnée est inspiratrice.* Puis les lésions augmentent, car les alvéoles se dilatent, et en même temps le thorax ; le malade arrive à être gêné, non plus dans l'inspiration, mais dans l'expiration, ce qui se comprend très bien, si l'on réfléchit que l'air usé ne peut plus être chassé, par suite du manque d'élasticité du poumon et du thorax : d'où, à la fin, *dyspnée expiratrice.*

Ces phénomènes retentissent sur la circulation générale : le facteur le plus important de la circulation veineuse, le vide pulmonaire n'existant plus, le sang n'est plus appelé dans la poitrine au moment de l'inspiration ; et il n'y a rien d'étonnant, qu'il se produise une stase périphérique plus ou moins considérable. Cette stase retentit sur les artères ; et, pour peu qu'il y ait un certain degré d'altération scléreuse du myocarde, on voit se produire de la dilatation des cavités gauches du cœur, les malades deviennent des cardiaques, et l'on peut constater des phénomènes ressemblant beaucoup à ceux des lésions mitrales.

Ces malades deviennent donc des cardiaques secondairement. Chez notre malade, nous sommes à la période intermédiaire : le fonctionnement du cœur n'est pas encore atteint, mais il y a un bruit de galop qui tient à la gêne pulmonaire ; et cette malade est en train de devenir une cardiaque. Nous allons voir peu à peu des signes de dilatation cardiaque se montrer, un souffle systolique remplacer le bruit de galop, et cela, probablement, malgré tont traitement.

Ici il y a des causes adjuvantes, notamment la fièvre typhoïde, qui, il y a trois ans, fut accompagnée de troubles bronchiques intenses, et suivie, depuis lors, de bronchites à répétitions.

Allons-nous voir la stase veineuse donner de l'hypertrophie du foie par congestion hépatique passive, de l'albuminurie par congestion rénale ? La chose est possible et très vraisemblable. Mais actuellemeut, il n'y a rien encore.

Il est très probable que si cette malade avait été soignée depuis le début, on aurait réussi à retarder l'apparition des accidents pendant longtemps encore, lui procurant ainsi une survie considérable.

On a souvent, dans la clientèle, l'occasion d'observer des malades présentant un peu de dyspnée habituelle, notamment à l'occasion des changements de temps. En général, ils s'inquiètent peu de leur état, et ne demandent guère conseil au médecin qu'à la suite d'une ou plusieurs bronchites, qui sont tenaces, quoique sans phénomènes inquiétants.

Le *traitement* a donc une grande importance. Au *début*, on soignera avec la plus grande attention les phénomènes de bronchites à répétitions, et la dyspnée habituelle.

C'est aux *périodes peu avancées* que les eaux minérales offrent le plus d'efficacité ; ce sont les

cision. Si vos accouchements sont, comme vous le dites, de 20 francs, une application de forceps peut être de 40 francs. Notez que vous ne donnez aucun détail sur les circonstances et l'issue.

Dr G., à C. (Haute-Loire). — Nous allons supprimer l'annonce de ces vélocipèdes, puisque la plupart des médecins qui vous ont écrit n'ont pas mis à profit l'offre de remise considérable que vous leur aviez assurée par vos démarches et les nôtres. Comme vous le dites, il serait inutile de recourir à une autre maison ; les membres du Concours se serviront de la remise qu'on leur aura indiquée, pour se faire livrer n'importe quelle marque, au risque de recevoir des machines défectueuses et d'en être pour leur argent. Nous vous remercions de tout ce que vous avez fait, en vue de la solidarité qui nous lie, dans cette circonstance.

Dr N., Paris. — Le plus tôt sera le mieux. Compliments.

Dr V., à M. — Vous avez raison de préconiser l'eau bouillie. A Paris la solution est bien lointaine ; on en parlera tant que durera l'épidémie ; puis on enterrera la question. Les tuyaux d'amenée de l'eau sont disposés à l'extérieur, l'eau s'échauffe ; pour la refroidir on laisse couler en permanence ; on en abuse, sous toutes les formes et l'eau de source amenée, sera toujours insuffisante sans *double canalisation*, sans *compteur*. Faire payer l'eau, c'est une solution ; ne plus infecter la Seine à plaisir, en est une autre ; la troisième consiste à fournir, dans chaque rue, moyennant rétribution, de l'*eau stérilisée*, à toute demande, en tout temps, à un prix déterminé. Il faut en revenir au *porteur d'eau*. On trouvera une Compagnie quand on voudra. Elle fera de belles affaires et plus que tous les hygiénistes patentés, elle gagnera de l'argent, tout en préservant de nombreuses existences.

Dr de F. — On a fait les envois des formules pour formation d'un Syndicat au Dr G., de M. ; vous devriez bien le déterminer à devenir membre du Concours. Nous lui adresserons, s'il le désire, les *Bulletins des Syndicats* de l'année, il trouvera de nombreux exemples à suivre. Nous espérons, en tout cas, qu'il vous informera des résultats de ses efforts.

Dr D., à C. (Indre). — On vous a fourni le renseignement demandé. Vous l'auriez trouvé dans tous les annuaires. En ce qui concerne la faculté de vendre les Eaux minérales, naturelles ou artificielles, elle est soumise à une autorisation préalable et à l'inspection, excepté pour les pharmaciens ou pour les propriétaires des sources autorisées.

M. C., à V.— Ce que vous nous demandez est assez difficile ; c'est une question de mesure, qu'il ne faut pas dépasser, sous peine d'arriver à un résultat contraire à celui que vous recherchez. Les effets ont déjà dû se produire pour vous.

M. J., étud., Paris. — On vous a envoyé la brochure du Dr Milliot, sur la *Médecine de colonisation*. Prière d'en faire l'analyse en une ou deux colonnes et nous la publierons, pour l'édification de ceux de nos lecteurs, qui, comme vous, songent à embrasser cette carrière.

Dr M. (Sarthe). — Nous vous avons attendu en vain le mercredi. Nous avons fait ce qui était en notre pouvoir, par une voie indirecte.

Dr A. R. (Char.-Infér.). — Vos remerciements et la nouvelle du rétablissement de votre santé, sont les bienvenus.

eaux thermales qu'il faut généralement conseiller. Pour les arthritiques nerveux de naissance, ayant présenté de l'asthme véritable, il faut conseiller les eaux arsenicales fortes. Chez les obèses n'ayant commencé à tousser que vers quarante ans, jouissant d'un bon appétit, il est préférable de recourir aux eaux arsenicales faibles. Chez les strumeux, les lymphatiques, ayant eu des bronchites avec sécrétions abondantes, on emploiera les eaux sulfureuses.

Il faut veiller à ce que la nutrition soit activée, et pour cela soigner le régime : il faut insister pour que les malades ne mènent pas une existence trop sédentaire, et passent, autant que possible, leur vie au grand air. La nourriture doit être mixte, pas trop d'aliments azotés, et pas trop de féculents ; il faut proscrire absolument le gibier, les viandes noires, les alcools.

Il y aura aussi grand avantage à employer la médication iodurée : deux ou trois fois par an, pendant quinze jours à un mois, on fera prendre cinquante centigrammes à un gramme d'iodure de potassium ou de sodium par jour.

Les bains d'air comprimé sont utiles pour combattre la tendance à la dilatation permanente du thorax.

A une *période plus avancée*, il faudra combattre la surcharge de la circulation périphérique.

On fera de petites dérivations sur l'intestin avec des purgatifs légers, soit un verre d'eau purgative tous les quinze jours, soit une prise de magnésie tous les dix jours.

On emploiera les révulsifs cutanés, soit un petit vésicatoire à la base du thorax, ou bien la teinture d'iode en frictions répétées tous les deux jours, en variant la place.

Contre la dyspnée quotidienne, on se trouvera bien de l'application de ventouses sèches et des inhalations d'oxygène.

Il faut continuer la médication iodurée, mais d'une façon presque continuelle, pendant quinze jours tous les mois : et les quinze autres jours, on donnera des calmants légers, peu ou pas d'opiacés, plutôt la belladone et la jusquiame, associées à un peu d'opium pour calmer les crises de quintes de toux.

Les inhalations chaudes ne sont pas à négliger deux ou trois fois par jour, en faisant bouillir un mélange, de fleurs pectorales et de feuilles de belladone ou de datura, avec un peu de teinture de benjoin.

A la *période terminale*, où le cœur est touché et faiblit, où se montre l'anasarque et tous les symptômes de l'asystolie, c'est surtout le cœur qu'il faut soigner.

Il ne faut pas se contenter de donner l'Iodure ; il faut employer la digitale en macération, qui fera disparaître rapidement l'anasarque ; mais ce sera un succès précaire.

Le malade suivra une hygiène très calme, gardera le repos complet à la chambre dans une atmosphère à température non variable. Comme nourriture, on conseillera le régime lacté partiel.

De temps en temps on remplacera la digitale par des succédanés ; on la remplacera notamment par la strychnine, par l'ergotine qui est un médicament utile pour relever la contractilité cardiaque et celle des petits vaisseaux, surtout quand il y a une gêne, dont le point de départ est en dehors du cœur.

VARIA

Traitement de l'eczéma de la moustache.

M. le Dr L. Marchand donne ce nom à l'eczéma pilaire de la lèvre supérieure (1), eczéma récidivant de M. Besnier, et s'attache surtout à démontrer les rapports qui unissent cette affection avec des affections des fosses nasales, telles que la rhinite chronique, la déviation de la cloison du nez, les polypes muqueux, etc..., toutes affections pouvant déterminer un écoulement irritant pour la lèvre. Avant tout traitement local, il faut donc constater l'état des fosses nasales et chercher à les guérir. Comme traitement de la lèvre, on pourra, pour éviter l'épilation, se contenter de faire couper la moustache très ras, avec des ciseaux, fins et courbes (rasure juive).

Une fois la moustache coupée, on commencera, s'il y a lieu, par faire tomber les croûtes au moyen de pulvérisations émollientes ; dans l'intervalle, on pourra se servir, en guise de cataplasmes, de doubles de tarlatane trempée dans de l'eau de guimauve boriquée, tiède.

Puis la surface bien détergée et la moustache coupée ras, on recouvrira la lèvre d'une couche épaisse d'une pâte faiblement antiseptique, la pâte de Lassar, par exemple :

Vaseline		20 grammes.
Oxyde de zinc	} àà	10 —
Amidon		
Acide salicylique		0 gr. 40 cent.

F. S. A. Pâte épaisse et homogène.

Le malade, *constamment*, entretiendra sur sa lèvre cette couche de pâte ; de temps en temps, il aura à percer quelques rares pustules qui se seront développées. Sous cette couche protectrice, peu à peu, l'inflammation tombera ; la pustulation arrivera bientôt à sa fin ; le suintement eczémateux ne se produira plus guère ; le malade n'éprouvera plus de démangeaisons, ni de cuissons ; en un mot, il se produira un assouplissement considérable.

Pour se rendre compte si l'eczéma a tout à fait disparu, le malade n'aura qu'à enlever cette pâte au moyen d'un linge sec ; au bout d'une exposition à l'air de quelques heures, il se produira souvent un léger suintement ; ce sera l'indice que la maladie n'est pas tout à fait terminée ; il faudra pendant quelques jours encore faire l'application de la pommade de Lassar.

Puis, lorsqu'on arrivera à la période simplement érythémateuse, on emploiera les pommades à l'ichthyol, à l'huile de cade, au goudron, dont le but sera à la fois de combattre cette rougeur et de tonifier la peau. L'ichthyol, en particulier, donne de bons résultats ; en pommades d'abord à 1 pour 10, puis à 1 pour 5, ensuite à 1 pour 2, enfin à égalité, cette substance décongestionne la peau en même temps que, faiblement antiseptique, elle s'oppose à la pustulation.

Mais dans bien des cas, dans les récidives principalement, ces moyens échouent : l'eczéma persiste ainsi que les poussées de pustules, et on ne retire aucun bénéfice de ce traitement anodin. Alors, on doit se résoudre à l'épilation complète de toute la surface de la moustache. M. Hallopeau prescrit ensuite l'huile phéniquée au 1/10 pen-

(1) Thèse de Paris.

dant une huitaine de jours ; puis des doubles de tarlatane imprégnés d'une solution de sublimé à 1 pour 5.000 sont tenus en permanence sur la surface malade. Peu à peu, la pustulation cesse et, d'autre part, la peau sèche : au bout d'une ou deux semaines, on peut essayer l'emplâtre rouge de M. Vidal.

Minium..................	2 gr. 50
Cinabre..................	1 gr. 50
Emplâtre diachylon..	26 gr.

M. Besnier recommande, après l'épilation complète, la douche de vapeur et les applications permanentes de caoutchouc ; sous ce revêtement protecteur, la surface se déterge rapidement et l'irritation diminue. Cependant, dans quelques cas, le caoutchouc, s'il n'est pas bien retenu par des bandelettes élastiques, peut, en se déplaçant, irriter les surfaces voisines.

M. Brocq ordonne une médication un peu complexe. Lorsque les surfaces sont bien détergées, on met une pommade qu'on change tous les jours :

Le premier jour, onguent styrax coupé de deux parties d'huile ;

Le deuxième jour, une pommade au précipité jaune au vingtième, additionnée ou non d'huile de cade ;

Le troisième jour, une pommade à l'oxyde de zinc au dixième ; et ainsi de suite.

A la période terminale de l'affection, lorsqu'elle ne se manifeste plus que par de l'érythème, les poils repoussent souvent difformes : très gros, doubles ou au contraire très fins, pâles et décolorés. On a alors intérêt à épiler pour permettre au follicule de reproduire une racine neuve et saine à la place de l'autre dont la nutrition avait été troublée.

Dans les cas où l'affection laisse après elle quelques indurations ou un peu d'hypertrophie, M. Vidal conseille les scarifications qui décongestionnent rapidement le derme.

M. Marchand signale aussi les résultats tout récents qu'il a personnellement obtenus par le fait des lavages fréquents, tièdes, légèrement antiseptiques. Une amélioration rapide est survenue à la suite de lotions fréquentes et prolongées avec l'eau de guimauve faiblement chaude, d'abord coupée d'eau boriquée, puis d'une solution de sublimé à 1 pour 6000 ; le malade, dans l'intervalle, entretenait sur la lèvre, au moyen d'un bandeau, des doubles de tarlatane imprégnés des mêmes solutions. Avec ce traitement, on a vu rapidement décroître tout symptôme d'inflammation ; la pustulation a vite disparu et on est arrivé bientôt à la période érythémateuse. Enfin la rougeur de la peau est combattue efficacement par l'application permanente d'une solution de sublimé à 1 pour 4000.

(*Journal de médecine et chirurgie pratiques.*)

HYGIÈNE

L'eau bouillie en boisson.

Lorsque, à Paris, on substitue par quartiers l'eau de Seine à l'eau de source il convient de rappeler qu'à défaut d'eau minérale de provenance certaine, il est indispensable de ne faire usage que d'eau débarrassée de microbes, soit par une filtration efficace, soit par l'ébullition, non seulement pour l'alimentation, mais encore pour la toilette. Les filtres en porcelaine sont bons, mais à la condition qu'on nettoie et qu'on stérilise les bougies une fois par mois. L'eau bouillie constitue en tout cas une ressource précieuse. M. Miquel a trouvé que l'ébullition tuait 950 organismes microscopiques sur 1,000 ; les quelques schyzophites réfractaires ne sont presque jamais pathogènes. L'eau bouillie, il est vrai, a contre elle l'opinion. Les médecins répètent, à qui veut les entendre, que cette eau est mauvaise, qu'elle est indigeste, etc. C'est une simple appréciation qui n'est fondée sur aucun fait d'observation. L'eau bouillie est moins sapide, voilà tout, parce qu'elle a perdu un peu de ses sels, ce qui n'est pas un défaut ; en revanche, elle est plus diurétique. Nous la connaissons bien, puisque nous en faisons un usage constant depuis de nombreuses années. Mais M. Guinard, de Lyon, vient précisément de reprendre la question et de faire justice, à son tour, du préjugé qui règne encore sur l'eau bouillie.

On accuse l'eau bouillie, dit-il, d'être indigeste, fade, non aérée, lourde à l'estomac, d'avoir perdu sa saveur et sa valeur nutritive, par suite de la précipitation des sels calcaires et magnésiens. Ces reproches sont assez peu fondés. Au bout d'un quart d'heure d'ébullition, le degré hydrotimétrique des différentes eaux que M. Guinard a examinées était tombé de 15° à 12° et de 16° à 11°, ou de 41° à 26°, ou de 52° à 34°. L'eau du Rhône bouillie contient encore de 10 à 11 centigrammes de sels de chaux par litre. C'est bien suffisant pour satisfaire aux besoins de l'organisme en sels calcaires, surtout quand on se rappelle que les belles eaux des terrains granitiques ne marquent, avant toute ébullition, que 2° à 3° hydrotimétriques. A Saint-Etienne, l'eau du service public contient à peine 2 centigrammes de matière minérale par litre. Le lait, le vin, les légumes, les fruits, les œufs, etc., fournissent amplement le complément de chaux et de silice nécessaire au corps humain. Bien au contraire, il semble que l'ébullition améliore très notablement les eaux très chargées de sels calcaires qui deviennent lourdes par excès de sels. M. Guinard a dosé les gaz renfermés dans l'eau avant et après l'ébullition ; il est vrai qu'il n'opérait que sur l'eau refroidie et exposée à l'air pendant vingt heures après quarante-cinq minutes d'ébullition.

Ainsi, à l'acide carbonique près, qui n'existe dans l'air qu'en quantité extrêmement minime, l'eau bouillie reprend à l'atmosphère à peu près l'oxygène et l'azote qu'elle possède normalement. Nous avons trouvé un résultat analogue au bout de six heures. L'ébullition ne suffit pas pour enlever à l'eau tous ses gaz et, en battant l'eau ou en la transvasant, elle reprend très vite ses gaz.

La saveur n'en est pas moins modifiée certainement, mais surtout par suite de la diminution des sels. En tout cas, sauf pour certaines personnes à idiosyncrasies particulières, l'eau bouillie se digère bien et elle jouit même de propriétés importantes, qui permettent, dans une certaine mesure, de la substituer à plusieurs eaux minérales. Ne dédaignons donc pas de faire usage de l'eau soumise à l'ébullition. Elle peut nous sauver de la fièvre typhoïde, du choléra, d'autres

affections contagieuses. Elle est à la portée de tout le monde.

(*Le Temps*). HENRI DE PARVILLE.

BULLETIN DES SYNDICATS

L'Union des Syndicats et ses statuts

(*Suite*).

Propositions de modifications aux statuts.

Des propositions de réforme, qui vont être soumises à l'Assemblée générale du 27 novembre, les unes s'expliquent d'elles-mêmes et n'ont pas besoin d'être justifiées : il suffit de les énoncer.

Une association, par exemple, ne peut pas partir d'une date antérieure à la promulgation de la loi qui autorise son existence. L'article 1er des statuts de l'Union devra être modifié :

A partir de la promulgation de la loi Chevandier sur l'exercice de la médecine il est institué une *Union* entre les Syndicats médicaux de France régulièrement constitués, conformément à la loi du 21-22 mars 1884, qui auront adhéré aux présents statuts.

De même l'article second, concernant le siège social, qui n'est plus *rue Beuret*.

Le siége de l'*Union des syndicats médicaux de France* est à Paris, dans les bureaux du *Concours médical*, actuellement 23, rue de Dunkerque.
Sa durée est illimitée.

Si l'on songe que toute modification aux statuts doit faire l'objet d'un dépôt légal, on comprendra qu'il y ait avantage à donner comme siège à l'Union les bureaux du Concours médical. La rédaction nouvelle ne fait que consacrer l'usage établi et évitera des formalités toujours fastidieuses.

D'autres modifications nous paraissent nécessiter quelques commentaires.

L'article 3 définit le but de l'Union, il ne subit pas de changements ; cependant les termes généraux de sa rédaction ne font guère ressortir l'appui, aussi bien matériel que moral, prêté par l'Union aux syndicats adhérents. Dans plusieurs circonstances, l'Union a participé aux frais de poursuite judiciaire de divers syndicats ; elle leur a fourni des conseils, des défenseurs, et ce fait se serait certainement renouvelé plus souvent, sans la solution fâcheuse donnée à l'affaire de Domfront.

Le bureau de l'Union a donc pensé qu'il y avait lieu d'introduire un article additionnel :

L'Union prête son appui matériel et moral aux syndicats adhérents.
En cas de poursuite judiciaire intentée par un syndicat, contre l'exercice illégal de la médecine ou en cas de procès engagé en vue d'une question qui touche l'intérêt général du corps médical, l'Union des syndicats, si les ressources du syndicat sont insuffisantes, participe, dans les limites nécessaires, aux frais de poursuite, à la condition expresse cependant que le bureau consulté ait donné un avis favorable à la dite poursuite.

Cet article nouveau a l'avantage de bien préciser un des services les plus importants que peut rendre l'Union des syndicats, de poser le principe de solidarité qui doit exister entre tous les syndicats.

L'Union poursuit les améliorations légitimes que réclame le corps médical par l'organe des syndicats dont elle appuie les revendications et auxquels elle prête assistance. — Voilà sa véritable fonction.

Elle sert évidemment de lien entre tous les syndicats ; mais à l'encontre d'autres associations, elle n'a pas le désir d'être entre eux l'intermédiaire forcé : elle respecte leur individualité et leur autonomie, elle leur conseille les relations intimes et directes avec les autres syndicats, elle se contente de grouper leurs efforts pour leur donner plus de force et de leur venir en aide s'ils en ont besoin.

D'un autre côté, l'Union doit se prémunir contre les emballements — c'est le mot juste — que peuvent provoquer les passions locales. Le bureau est plus en situation de juger froidement les choses, d'en peser les conséquences. S'il donne l'appui de l'Union pour un procès, la force du syndicat intéressé en sera décuplée ; s'il donne un avis défavorable, le syndicat examinera sans doute à nouveau l'affaire et peut-être reconnaîtra-t-il qu'il y aurait avantage à l'abandonner. Un confrère, qui s'engageait dans une affaire plus qu'épineuse et trouvait près du bureau de l'Union des résistances, lui reprochait, un jour, de s'ériger en arbitre des procès ;— c'était une erreur complète : un procès peut toujours être engagé ou soutenu en dépit de l'opinion du bureau, si celui-ci refuse le concours de l'Union ; les conditions, sont alors moins favorables, sans doute; mais cela tient tout simplement à ce que des hommes personnellement étrangers à la question et la jugeant avec l'impartialité la plus grande, ont estimé les chances mauvaises. C'est du reste probablement ce que le confrère en question a fini par comprendre, puisque, après avoir jeté feu et flammes au début, il sortait de la réunion singulièrement refroidi et abandonnait toute idée d'action judiciaire.

L'Union, si elle empêche des procès fâcheux, ne rendra pas moins de services aux syndicats qu'en leur permettant de soutenir des procès heureux. Et d'ailleurs il serait incompréhensible que ses ressources puissent être engagées sans que ceux qui ont mission de la représenter soient admis à donner leur opinion.

L'article 4 subit une légère modification :

L'Union des syndicats est représentée par un bureau de six membres (un président, un vice-président, un secrétaire général trésorier, un secrétaire adjoint et deux assesseurs) élus, chaque année, par une assemblée générale des délégués des syndicats, votant au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents, le vote par correspondance étant formellement interdit.

On voit que la rédaction nouvelle consacre le mode de faire adopté : les délégués élisent eux mêmes les membres du bureau avec désignation de leurs fonctions. En outre, le nombre de ces membres est porté à six, ce qui existe actuellement.

Les fonctions de secrétaire général trésorier qui comportent la correspondance avec les syndicats adhérents et la gestion des comptes, sont assez lourdes pour nécessiter l'adjonction d'un second secrétaire, chargé de la rédaction des procès-verbaux et de travaux d'ordres divers. Cette répartition des fonctions a semblé préférable à la création d'un trésorier spécial : l'encaissement des

cotisations se fait en effet beaucoup plus facilement par le secrétaire général, qu'elle ne se ferait par ce trésorier.

D'un autre côté, le chiffre de six membres a été reconnu suffisant.

L'article 5 subit une métamorphose complète, nous l'avons déjà dit :

Chaque année il est tenu une assemblée générale de l'Union des syndicats.
Cette assemblée comprend :
1° Les membres du Bureau de l'Union ;
2° Trois membres de la Société civile du Concours Médical, délégués par le Conseil de Direction ;
3° Les délégués des syndicats adhérents.
Tout syndicat comptant de 1 à 50 membres nomme un délégué ; tout syndicat comptant de 51 à 100 membres nomme deux délégués ; tout syndicat comptant plus de cent membres nomme trois délégués.
Les délégués doivent être munis de pouvoirs réguliers.

Justifier cette réforme est chose facile : la rédaction ancienne qui n'attribuait qu'un seul délégué à chaque syndicat pouvait avoir sa raison d'être aux débuts du mouvement syndical ; mais maintenant que les syndicats sont établis d'une manière définitive, on ne pourrait soutenir qu'un syndicat de canton, comptant huit ou dix membres, doit avoir, dans l'Assemblée générale, la même représentation qu'un syndicat départemental comptant cent membres, ou plus.

D'un autre côté, il est indispensable de ne pas laisser noyer la représentation de ces petits syndicats — qui souvent ne sont pas les moins utiles — dans la représentation trop nombreuse des grands syndicats ; il ne faut pas que ces derniers puissent dicter la loi aux autres.

C'est cette double nécessité, qui a inspiré la rédaction nouvelle : ni les syndicats nombreux, ni les petits syndicats ne sont sacrifiés.

Les membres du bureau font de droit partie de l'Assemblée générale; c'est d'une nécessité absolue. S'il n'en était pas ainsi, et le vice-président, et le secrétaire général devraient être exclus, puisque tous deux font partie du même syndicat, on conviendra que ce serait absurde. Mais cette présence, de droit, des membres du bureau, doit avoir pour corollaire la nomination, par les syndicats dont ils font partie, d'autres délégués nommés dans les mêmes conditions que ci-dessus. Le syndicat de l'Oise par exemple, bien que comptant dans le bureau MM. Cézilly et Maurat, nommera donc, selon le nombre de ses membres, un ou deux délégués à l'Assemblée générale.

Enfin la *Société civile du Concours médical* est représentée par des délégués spéciaux. Il a paru nécessaire en effet de ne pas laisser affaiblir les liens qui unissent l'Union des syndicats et le Concours médical. Cette dernière société n'a-t-elle pas été la mère des syndicats ? Et l'Union ellemême n'a-t-elle pas été créée sous ses auspices ?

D'ailleurs, la Société civile du Concours médical est un véritable syndicat, le plus grand de tous, préparant les voies, faisant la propagande. Il nous paraît impossible de l'isoler des œuvres qu'elle a fondées.

Un dernier paragraphe porte que les délégués devront être munis de pouvoirs réguliers : il est indispensable, en effet, que ceux-là seuls aient voix au chapitre, qui en ont le droit réel.

Le contrôle des pouvoirs, opéré par les soins du secrétaire adjoint, au début de la séance assurera une régularité, qui n'a pas toujours existé.

Quand il s'agit de médecins, il faut toujours compter avec des nécessités imprévues : tel qui avait affirmé devoir assister à une réunion, est souvent obligé d'aller faire un accouchement difficile ou visiter un malade en danger. C'est dire que des délégués, en dépit de leurs désirs, de leurs efforts même, peuvent être retenus au dernier moment et se trouver dans l'impossibilité de remplir le mandat, qui leur avait été confié.

Certains syndicats risquent donc de ne pas être représentés ou d'avoir une représentation incomplète.

Pour les premiers, il n'est pas de remède, s'ils n'ont pas régulièrement désigné un suppléant et si ce suppléant n'a pas été prévenu en temps utile. Le vote par correspondance ne peut être admis, non plus que la délégation à un membre d'un autre syndicat.

Mais pour les seconds une mesure spéciale peut réparer le mal. Le bureau de l'Union propose un article additionnel portant que :

Dans le cas où la totalité des délégués d'un syndicat n'assisterait pas à la séance, le délégué présent disposera du nombre de voix attribué au syndicat (une voix de 1 à 50 membres, 2 voix de 51 à 100 membres, 3 voix au delà de 100 membres).

Une simple mesure d'ordre, prise au début de la séance, assurera cette représentation complète des syndicats.

Il est évident, que, sur une question importante, un syndicat ne nommera pas deux délégués d'opinion différente ; le délégué présent pourra donc valablement suppléer son collègue absent.

Plus que personne, nous souhaitons des réunions nombreuses et nous voudrions pouvoir toujours constater la présence de tous les délégués ; mais il faut tenir compte des exigences de notre profession et ne pas diminuer la légitime influence d'un syndicat nombreux, en restreignant le nombre des suffrages dont il peut disposer, s'il a la mauvaise fortune de n'avoir qu'un représentant, au lieu de deux ou trois, qu'il aurait dû avoir à la séance.

L'article 6 reste sans changement. Il fixe à une année la durée des fonctions des membres du bureau et permet leur réélection.

L'article 7 subit une modification qui est la conséquence de la nouvelle rédaction de l'article 5 : le bureau n'a plus à nommer ni son président, ni son secrétaire-trésorier. D'autre part, le nombre des réunions n'a pas à être prévu par les statuts ; il sera préférable de dire :

Le Bureau se réunit, sur la convocation du Président de l'Union, aussi souvent qu'il est nécessaire.

Les articles 8, 9, 10, 11 ne subissent aucun changement.

L'article 12 a besoin d'être plus explicite :

Pour subvenir aux frais divers de l'*Union des syndicats*, tels que : réunions du bureau, étude des questions diverses et démarches qu'elle nécessite, rédaction, impression et envoi de bulletins, etc., etc., il est institué une caisse alimentée par : 1° un versement annuel de chacun des syndicats adhérents à raison de deux francs par membre ; 2° des dons volontaires.

C'est, en somme, l'ancienne rédaction développée.

Le secrétaire-trésorier a dû souvent répondre à cette question émanant des bureaux de divers syndicats : *mais quels sont donc les frais à l'Union?* Ces frais s'expliquent pourtant facilement. Si l'Union décide qu'il sera fait une démarche près des sénateurs, pour assurer le vote de l'article 14 de la loi Chevandier, elle doit faire imprimer une lettre, faire mettre cette lettre sous enveloppes et payer les frais de poste. — Le Bulletin, bien que les frais soient singulièrement réduits par l'entente avec le *Concours médical*, ne s'imprime et ne s'envoie pas gratuitement. — Enfin, les membres du bureau, qui quittent leurs affaires et se déplacent pour s'occuper des intérêts de tous, n'ont-il pas un droit véritable au jeton de présence qu'une des assemblées antérieures leur a alloué ?

Il est, ce nous semble, inutile d'insister.

Mais, il est un point qui doit être bien spécifié, c'est quo la contribution financière de *deux francs par membre* sera obligatoire pour tous les syndicats.

Quelques syndicats en formation ou à leurs débuts avaient été autorisés à ne verser momentanément qu'un franc. Ils comprendront tous les premiers que cette somme est absolument insuffisante et que deux francs constituent le minimum de ce qui peut être réclamé.

Le Bureau de l'Union a pensé, avec juste raison, que la contribution pécuniaire devait être la même pour tous, les avantages assurés étant les mêmes pour tous.

Et cette cotisation de deux francs ne saurait, on le comprendra, permettre de pourvoir à toutes les nécessités. L'Union aura à soutenir de nombreux syndicats dans leurs procès, il faut donc que des ressources supplémentaires lui soient assurées. C'est ce que prévoit l'article additionnel suivant :

Pour subvenir aux dépenses nécessitées par les actions judiciaires auxquelles participera l'Union, comme il est dit dans un article précédent, les syndicats auxquels elle sera venue en aide, devront verser à la caisse de l'Union la moitié des dommages-intérêts qu'ils auront obtenus en se portant partie civile.

Cet article nous semble des plus justes. L'Union participant aux frais de l'action judiciaire, doit bénéficier d'une partie des dommages intérêts obtenus.

On ne peut rien faire sans argent, la chose se sait du reste ; il faut donc assurer les ressources indispensables à l'action.

Les articles 13 et 14 n'ont à subir aucun changement.

L'article 15 est supprimé, le Bureau devant prendre, pour la gestion des fonds de l'Union, les dispositions nécessaires. Un texte formel dans les statuts peut être fort gênant dans certaines circonstances, et il est certain que s'il existe des ressources non utilisables immédiatement, elles seront déposées dans une caisse publique.

L'article 16 est conservé sans changement.

Les anciens statuts ne font pas mention du Bulletin, c'est une lacune que comble un article additionnel.

L'Union des Syndicats publie, dans un Bulletin périodique, les procès-verbaux de l'Assemblée générale annuelle, des séances du Bureau et aussi les procès-verbaux des réunions des divers syndicats. Dans ce Bulletin peuvent être encore insérés des articles de chronique professionnelle, qui sont d'intérêt général.

Cet article n'a besoin d'aucun commentaire. Peut-être y aurait il lieu de régler l'envoi du Bulletin ; mais il vaut mieux faire de cette question l'objet d'une résolution, que l'insérer dans les statuts.

On sait que la publication du Bulletin n'est actuellement possible qu'en raison de l'insertion antérieure dans le *Concours Médical* des articles qui le composent ; le Bulletin mensuel spécial n'est donc que la reproduction de ce qui est paru, le mois précédent, dans le *Concours*.

Ce mode de procéder, extrêmement avantageux pour l'Union, ne peut faire l'objet d'un article des statuts ; il est donc plus naturel, l'existence du Bulletin étant prévue par ces statuts, de régler tout ce qui le concerne par une simple délibération.

L'opération n'en sera pas moins régulière d'ailleurs.

Le Bureau proposera donc à l'Assemblée générale de décider, que *le Bulletin de l'Union des syndicats sera adressé* : 1° *à tous les membres des syndicats adhérents qui ne reçoivent pas le Concours Médical* ; 2° *aux Présidents et aux Secrétaires de tous les Syndicats, qu'ils soient ou non adhérents à l'Union.*

Les lecteurs du *Concours Médical* ont lu, dans ce journal, ce qu'ils trouveraient dans le Bulletin : leur envoyer ce bulletin serait donc faire inutilement des frais considérables. D'ailleurs, une délibération antérieure permet à tous de recevoir ce bulletin moyennant un abonnement annuel spécial de *deux francs*.

D'autre part, il faut que tous les syndicats soient tenus au courant des travaux de tous les autres syndicats — et la publication de ces travaux constituera certainement la meilleure de toutes les propagandes.

Tels sont les développements que nécessitaient les résolutions prises par le Bureau de l'Union dans sa dernière séance.

Tous maintenant connaissent l'esprit dans lequel est proposée la révision des statuts qui sera soumise à l'Assemblée générale. Tous peuvent étudier les articles nouveaux, qui seront mis en discussion.

Dans les deux mois qui nous séparent de la réunion des délégués, les syndicats vont se réunir et discuter ce projet de révision : s'il en est qui veulent proposer des amendements ou des articles additionnels, nous les prions instamment de les communiquer par avance au Dr Cézilly, vice-Président de l'Union.

Ces vœux des syndicats seront examinés avec le plus grand soin et seront rapportés devant l'Assemblée générale. La discussion en sera ainsi beaucoup plus fructueuse et il n'y aura place ni pour les surprises de séance, ni pour les résolutions hâtives et parfois regrettables.

REPORTAGE MÉDICAL

Comment on applique la désinfection à Paris. — Tous les médecins de Paris ont reçu de l'administration préfectorale un petit opuscule, très bien imprimé, avec une couverture jaune en carton léger chagriné, de l'effet le plus agréable : il contient les instructions sur la *Prophylaxie des maladies contagieuses*. Il est court, léger, assez complet : il est donc parfait, ou peu s'en faut. Il montre que toutes les mesures sont prises par l'administration pour le transport des malades et la désinfection des locaux et des effets contaminés ; pas de démarches longues et ennuyeuses ; tout le monde est averti, on peut se présenter partout pour faire la déclaration prescrite, à la Préfecture de police, dans les commissariats, dans les postes de police, etc., l'administration se charge du reste. Comment le choléra peut-il résister à des mesures si bien prises ?

A cette question, nous allons répondre par les deux anecdotes suivantes, dont nous garantissons la parfaite authenticité :

Un médecin d'un quartier du centre est appelé, vers huit heures du soir, près d'un cholérique. On revient le chercher dans la nuit, et il assiste, impuissant, à la mort du malade : c'était un cas presque foudroyant. En sortant, il passe au poste de police, faire la déclaration du décès, insistant pour que la désinfection fût faite le plus tôt possible, à cause de la petitesse du logement, où se trouvaient une femme et plusieurs enfants, sans compter les voisins. Le chef du poste reçoit sa déclaration, et l'invite à aller chez le commissaire de police, le lendemain matin, afin, dit-il, que le corps soit mis rapidement en bière.

Chose faite ; le médecin se présente au commissariat, et se trouve en présence du commissaire.

« Monsieur, je viens vous déclarer un décès cholérique survenu cette nuit, à tel endroit. »

Tête étonnée du commissaire. « Mais, pourquoi venez-vous ? » — « Parce qu'on m'a dit au poste qu'il était nécessaire de vous prévenir, notamment pour que le corps soit mis en bière le plus tôt possible » — « Ça ne me regarde pas, il faut aller à la mairie, et quand le médecin des morts sera passé, on pourra le mettre en bière ». — « C'est possible, et je crois que la famille s'en est occupée. Maintenant je désirerais qu'on vienne de l'étuve municipale, chercher le pardessus que je portais cette nuit, qui a touché le malade et qui peut être contaminé. » — Tête de nouveau très étonnée du commissaire. « Mais allez téléphoner vous-mêmes, nous ne sommes pas en communication avec les étuves . » — « Ah ça ! mais alors, Monsieur, je ne vois pas très bien pourquoi l'administration nous a envoyé des instructions, où il est dit qu'en faisant la déclaration aux commissariats et aux postes de police, la désinfection sera assurée. Ça n'est donc seulement que pour la pose, histoire de faire croire que toutes les précautions sont prises. » — « Pas du tout ; seulement, on nous dit de téléphoner, et nous n'avons pas de téléphone (*sic*). D'ailleurs, si vous voulez, je m'en chargerai. »

Epilogue. — Dans l'après-midi, une voiture municipale venait chercher le pardessus. Seulement dans la maison où avait eu lieu le décès, le lendemain à midi, c'est-à-dire, 36 heures après la déclaration, personne n'était encore venu s'occuper de la désinfection.

— *Autre anecdote.* — Une dame se présente au poste de police, pour demander qu'on vienne chercher des objets contaminés par un cholérique. Le brigadier faisait une partie de cartes avec un de ses subordonnés : « Alors vous avez le choléra chez vous ! N'entrez pas, n'entrez pas, ce n'est pas ici ; il faut aller rue de Chaligny, 21. » La pauvre dame, excellente contribuable, et cholérifiable, sort ahurie ; et le brave brigadier reprend sa partie interrompue.

De ces deux faits, parfaitement réels, nous tirons la conclusion qu'il n'y a pas lieu de s'étonner, si les cas de choléra se succèdent tous les jours, en augmentant ou restant stationnaires.

Concluons aussi que le choléra est d'une bénignité rare et que l'administration n'a guère lieu de se féliciter des mesures prises..... en principe.

Que serait-ce s'il y avait cinq cents cas de choléra par jour ?

— Dans la dernière promotion au grade d'officier d'Académie, nous relevons avec plaisir le nom de notre très distingué collaborateur, M. le Dr Phocas, professeur agrégé à la faculté de médecine de Lille. Nous lui en adressons tous nos compliments.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Précis élémentaire d'hygiène pratique, rédigé conformément aux nouveaux programmes de l'enseignement, par les Drs MONIN et DUBOUSQUET-LABORDERIE, net **4 fr. 80** *franco* contre un mandat.

Ce volume se recommande déjà du nom de ses auteurs qui le déclarent, avant tout, une œuvre de vulgarisation et d'enseignement. Le plan de l'ouvrage tient surtout grand compte des programmes de l'enseignement secondaire et des écoles normales primaires; néanmoins ce précis peut servir de guide pour l'étudiant, pour les cours privés et publics et nous ajouterons pour le médecin qui y trouvera toutes les questions pratiques de l'hygiène traitées avec des développements complets et sous une forme attachante. Nous renonçons d'ailleurs à tenter l'analyse d'un livre dont une des qualités réside dans une exposition toujours intéressante. Un résumé qui ne pourrait être qu'incomplet irait à l'encontre du but de nos auteurs. « Nous avons cherché, disent-ils, à intéresser et à émouvoir le plus possible nos lecteurs, en ne négligeant point les aperçus historiques et anecdotiques qui offrent le double avantage de diminuer l'aridité des questions techniques et de faire parcourir à chacun les mêmes étapes que l'esprit humain a successivement parcourues pour constituer la science d'aujourd'hui. » C'était en même temps comprendre l'importance de l'hygiène. Aujourd'hui on a fini par sentir la nécessité de la vulgarisation de l'hygiène.

La connaissance de ces lois pour nous ne doit pas être l'apanage étroit du médecin. Tout le monde est intéressé à se bien porter et par conséquent à obéir aux règles de l'hygiène qui est la source de la santé. Mais pour pratiquer ces règles, il faut les connaître et savoir les interpréter judicieusement pour les appliquer avec fruit. Le père, la mère de famille, le jeune homme, l'adulte devraient avoir un guide sûr qui leur exposât ces principes avec clarté.

Nous pensons que le précis élémentaire d'hygiène pratique remplira ce but. Peu de théories, dont la pratique journalière n'a que faire, mais beaucoup de faits, des règles sûres, des principes consolidés par une longue expérience, voilà ce que nous offre cet ouvrage. Nous ajouterons que son style agréable (la science ne doit pas avoir un visage trop sévère pour se faire aimer), une foule de faits instructifs, intéressants qu'on ne trouve pas toujours dans les classiques, un bon classement des matières font de ce précis un livre digne d'être en toutes les mains. Nous lui souhaitons et lui prédisons un grand succès.

L. J.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année N° 41 8 Octobre 1892

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Le choléra à l'Académie.

Nous nous empressons de reproduire la communication de M. le Dr Gibert à l'Académie :

M. Gibert du Havre : Je dois dire, tout d'abord, que je crois le doute impossible en ce qui concerne la nature de cette épidémie, et je suis convaincu, qu'à l'heure actuelle, M. Brouardel reconnaît, comme moi, qu'il s'agissait bien du choléra asiatique.

D'abord, en quelques mots, voici l'historique de l'épidémie : le premier cas de choléra, au Havre, fut observé le 5 juillet par le Dr Courbet, sur une femme qui arrivait de Courbevoie. Elle présenta tous les caractères de ce qu'on appelait alors la diarrhée cholériforme ; elle fut prise subitement, eut des symptômes cholériques très nets, cependant elle finit par guérir au bout de six semaines. Je crois pouvoir affirmer qu'elle avait pris le choléra à Courbevoie où elle avait séjourné quatre jours.

Le second cas est du 13 juillet ; il fut à peu près semblable au premier, quoiqu'un peu plus violent ; il se termina par la guérison. Le même jour, on observa un troisième cas qui se termina de même.

Le premier décès eut lieu au Havre, le 14 juillet. Il s'agissait d'un marin, rentré depuis deux mois de Buenos-Ayres, ville où il n'y avait pas de choléra, et jusque-là bien portant. Le second décès est du 28 juillet ; il s'agissait d'un cas rapide. Le troisième décès est du 2 août.

A partir de ce moment, l'augmentation fut rapide ; les décès se succédèrent plus nombreux chaque jour. Or, quoique médecin des épidémies, je ne fus averti de l'existence du choléra que le 11 août ! ! Car, il faut bien qu'on le sache, le médecin des épidémies n'est pas nécessairement informé, parce que la loi n'oblige pas encore les médecins à faire la déclaration des maladies épidémiques.

Il y avait donc près d'un mois, que le choléra avait fait son apparition au Havre et je ne le savais pas encore.

Dans ces conditions, il fut impossible au maire d'informer le public à temps et, en particulier, il nous a été impossible, à notre grand regret, d'empêcher l'arrivée au Havre des 30.000 étrangers qui y entrèrent pour la fête du 15 août. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'influence néfaste qu'a pu avoir une pareille agglomération sur la marche de notre épidémie.

Ce qui a caractérisé l'épidémie du Havre, c'est son excessive mortalité : à partir du 14 août, les 50 premiers malades donnèrent 48 décès ! Sur 57 malades, soignés à l'hôpital Ouest, il y eut 36 décès. Je remarquai que l'hôpital Ouest était très mal aménagé et, pour cette cause, bientôt il cessa de recevoir des cholériques ; il y eut, en effet, à cet hôpital 14 cas intérieurs, tandis qu'il n'y en avait pas un seul à l'hôpital Est, qui était placé dans de meilleures conditions hygiéniques.

Dans ce dernier hôpital, il y eut 604 entrées cholériques, 265 décès, mais il faut remarquer qu'il y eut beaucoup d'erreurs de diagnostic, et que si on ne considère que les cas de choléra certains, la mortalité fut au moins de 80 pour 100.

A domicile, on a soigné 560 cas qui ont donné 193 décès ; ici encore il faut faire entrer en ligne de compte les cas de cholérine simple, diagnostiqués à tort choléra.

Les cas foudroyants furent nombreux, ils le sont encore aujourd'hui, au déclin de l'épidémie. Nous avons vu beaucoup de cholériques enlevés en quelques heures et le cas le plus frappant que j'ai observé est celui d'une jeune fille prise subitement de syncope et qui, au bout d'une demi-heure, était en imminence de mort, sans diarrhée, sans vomissements. Dans ces cas foudroyants, les vomissements ne se montrent souven

qu'au début de la période de réaction. Or, n'est-ce pas là un cas type de choléra asiatique ?

Donc, au Havre, la maladie s'est montrée très grave ; mais ce que nous avons observé — et c'est là surtout ce que je tiens à bien établir, — prouve que des mesures de désinfection efficaces peuvent arrêter l'épidémie ; toutefois il est de la dernière nécessité, pour que ces mesures soient efficaces, qu'il y ait accord parfait entre le corps médical, l'administration et la police. Au Havre cet accord a été complet.

Il est, en effet, nécessaire, pour agir utilement, d'agir vite — non pas que je croie que le traitement thérapeutique, tel que nous le prescrivons, puisse sauver les malades — mais parce que, au point de vue social, au point de vue de l'hygiène, cela me paraît indispensable pour arrêter l'épidémie.

Au début, la désinfection faite à l'étuve à vapeur sous pression et au sublimé nous a donné quelques désillusions ; mais cela tenait surtout à ce que nos équipes étaient peu nombreuses, les désinfections trop répétées, et peut-être aussi à quelques excès commis par nos agents.

Vous comprendrez, sans peine, en effet, que des hommes qui font 40, 50 désinfections par jour, auxquels on ne manque jamais d'offrir un petit verre « pour se donner du cœur » ne sont plus, à la fin de la journée, très capables d'accomplir un travail assez délicat, et que, dès lors, les dernières désinfections laissent à désirer.

C'est alors que nous avons pris une mesure radicale ; nous sommes parvenu, par persuasion, à obtenir que tous les habitants, sans exception, d'une maison contaminée, quittent cette maison et aillent camper sous la tente. Puis, nous avons procédé à la désinfection de ces maisons au moyen des procédés suivants ;

Sitôt après l'évacuation des logements voici es opérations :

1° Désinfection du linge à l'étuve ;

2° Désinfection des locaux au moyen du pulvérisateur avec

Eau........................	15 litres
Sublimé.....................	15 gr.
Acide tartrique..............	30 gr.

3° Désinfection des tinettes avec :

Eau..........................	1 litre
Sulfate de cuivre............	50 gr.

4° Lessivage des murs du logement, des escaliers, dégagements, vestibule d'entrée et annexe, à la solution :

Crésyl à 5 %

Ensuite badigeon à la chaux.

5° Grattage et arrachage du papier sur les murs, dans les armoires et badigeon à la chaux. Lavages du sol des chambres, marches d'escalier, sol des cours, W.-C. à la solution de sulfate de cuivre à 20 ‰.

6° Lavage à la lance, de concert avec le service des pompiers, des tuyaux de descente, toiture, gouttières, des cours ainsi que du sol.

7° Désinfection des plombs, existant la plupart du temps à chaque étage ;

8° Lavage des ruisseaux, au devant de chaque propriété.

Cette manière d'agir nous a admirablement réussi, car, quand les habitants, presque tous Bretons, tous assez sales, par conséquent, ont regagné leur habitation, nous n'avons observé parmi eux aucun cas de choléra.

A partir du moment où le service de désinfection a régulièrement fonctionné, la décroissance de l'épidémie a été rapide. C'est à ce point qu'aujourd'hui, au bout d'un mois, on peut presque la considérer comme terminée, alors cependant qu'il s'est agi, dans l'espèce, d'une maladie aussi mortelle qu'à Hambourg et tellement désastreuse que jamais au Havre on n'en avait vu de pareille.

En ce qui concerne l'état actuel, une dépêche du maire du Havre, m'annonce, pour la journée se terminant aujourd'hui à midi, 5 cas et 5 décès.

Cette égalité entre le nombre des cas et celui des décès vous surprendra peut-être ; elle provient d'une cause assez étrange, bien digne d'attirer l'attention, qui est la suivante : presque toujours nous n'apprenons les cas qu'après la mort des malades, ceux-ci se refusant à appeler le médecin dans la crainte d'être conduits à l'hôpital, où la mortalité a été si forte, et peut-être aussi parce qu'ils redoutent les mesures de désinfection.

Cette négligence des malades n'a pas été sans influence sur ce fait qu'aujourd'hui, si l'épidémie est devenue bénigne, par contre, elle s'est disséminée dans toute la ville.

Voilà quelle a été la marche de l'épidémie et les résultats obtenus. Je ne désire qu'ajouter quelques réflexions à propos de la contagiosité du choléra.

J'ai été fort surpris, je l'avoue, que l'on mette en doute cette question de la contagion ; je croyais que c'était une question tellement bien admise que l'on pouvait la considérer comme enterrée. J'ai été surtout étonné que le doute à ce sujet vienne d'un homme aussi distingué que M. Peter et je ne m'explique pas comment pareille idée a pu lui venir.

Assurément le choléra n'est transmissible ni par l'air, ni par le simple contact, mais il l'est au plus haut point par les linges souillés. Vous pouvez introduire, à coup sûr, le choléra dans une maison en y introduisant un petit morceau de linge imbibé de déjections cholériques.

Je désire citer quelques exemples :

Voici d'abord un cas foudroyant survenu chez une femme qui avait lavé du linge suspect. Elle seule avait lavé ce linge, elle seule fut prise.

En 1866, j'ai vu quatre cas de choléra dans un petit pays, tous les quatre, chez quatre personnes qui avaient touché ou lavé le linge d'une cholérique morte dans un autre pays. Voici le fait :

Une jeune fille était morte du choléra dans un certain pays ; ses parents emportent à quelques lieues de là un paquet de linge lui appartenant. Pendant quelques jours le paquet reste non défait et les parents ne sont nullement incommodés. Puis, le paquet sentant mauvais, on le défait et les deux personnes qui assistent à cette opération, plus deux blanchisseuses qui lavent ce linge, sont prises peu après du choléra ; trois de ces personnes meurent.

Quant aux autres habitants de la localité, aucun d'eux n'a été atteint ! Je pourrais citer cent cas semblables.

J'ajouterai qu'aucun des nombreux voyageurs qui, chaque jour, quittaient le Hâvre pour les environs, n'ont transporté la maladie. Par contre, les localités où il y avait des blanchisseries

recevant le linge du Havre, ont toutes été atteintes sans exception. En présence de cette transmission, le maire du Havre défendit de transporter aucun linge, sans qu'il fût passé à l'étuve ; depuis lors, toute dissémination a cessé.

Tout cela prouve que l'on peut arrêter le choléra sur place, mais à la condition de prendre des mesures énergiques. Il faut détruire par le feu tout ce qui a été souillé par le premier cholérique. Le choléra, en effet, est comme un incendie, il doit être traité d'une façon analogue, par des moyens radicaux, c'est la seule manière de s'en rendre maître.

C'est grâce à cette intervention énergique que l'Angleterre a pu laisser son commerce libre, et qu'elle a pu ne pas être envahie par 28 cas de choléra débarqués chez elle.

C'est cela qu'il faut qu'on sache, qu'il faut répéter aux maires de toutes les communes, car fermer nos ports et nos frontières, cause des désastres qu'il faut absolument éviter, si l'on ne veut s'exposer à des désastres plus grands encore.

Au Havre, le choléra a causé déjà plus de trente millions de pertes, et si nous ne pouvons pas bientôt rouvrir le port, c'est-à-dire si d'ici peu de temps nous ne pouvons affirmer que nous sommes restés 10 jours sans décès cholérique, le chiffre de nos pertes sera tel que je n'ose pas y penser sans frémir. Dans ce dernier cas, en effet, une famine est possible dans les classes pauvres de notre ville, et tout est à craindre de notre population affamée, parce qu'elle serait dénuée de toute ressource.

Donc, encore une fois, n'hésitons pas à employer, comme préservatrices, des mesures rigoureuses ; pour tout dire, en un mot, même en fait de choléra, sachons être Russes en France.

Le Congrès de gynécologie de Bruxelles.

Le Congrès de gynécologie de Bruxelles était bien intéressant à suivre pour quiconque veut se rendre compte de l'évolution presque continue des pratiques gynécologiques. Il y a quelques années tout le monde vantait le curettage utérin contre les métro-salpingites ; c'était une panacée gynécologique très à la mode. Aujourd'hui, on commence à rendre cette opération responsable de méfaits innombrables et de complications extrêmement graves. Les chirurgiens hardis tâchent d'amener de leur côté toutes les pauvres malades abîmées par le curettage et leur proposent, les uns l'hystérectomie vaginale (Segond, Péan, Richelot, Doyen), les autres la laparotomie avec ablation de l'utérus et des annexes (Saenger, Tournay, Duret) ; enfin arrive une 3e catégorie de gynécologistes, qui fulmine contre les opérations abdominales à outrance, contre les mutilations épouvantables que l'on fait subir aux femmes pour des affections qui seraient justiciables de moyens plus conservateurs, quoiqu'aussi efficaces. Les uns, comme Vuillet, de Genève, préconisent simplement les ponctions, incisions, lavages et drainages des poches purulentes, soit par le vagin, soit par la voie sous-péritonéale. Les autres, comme Félix, de Bruxelles, Chéron, de Paris, conseillent d'abord de rechercher les lésions des annexes avant leur suppuration et prétendent qu'un traitement médical bien dirigé, souvent assez court, peut être prophylactique, amener une résolution précoce, entraver la marche des lésions péri-utérines et rendre, par suite, inutile l'intervention du chirurgien.

Ce Congrès atteste l'audace des chirurgiens et il est facile de supposer comme conclusion le nombre formidable de femmes, qui, dans le monde entier sont devenues stériles par l'hystérectomie. Aussi, doit-on se demander, si l'on n'en fait pas un usage abusif.

On peut citer un nombre de cas considérable où la guérison s'est faite spontanément. Ne devrait-on pas l'aider plus souvent par les moyens médicaux, antiphlogistiques et révulsifs mis à la disposition de tous les médecins?

Le microbisme préexistant et la puerpéralité.

Une dangereuse théorie, émise par M. Doléris, vient d'être de nouveau soutenue à l'Association pour l'avancement des sciences par M. le Dr Prioleau, de Brives. C'est la théorie du microbisme préexistant, autrement dit, du microbisme latent de Verneuil.

Nous disons « dangereuse » parce qu'elle permettrait dans bien des circonstances d'excuser des fautes d'antisepsie dans la pratique des accouchements, et de rejeter sur une maladie antérieure qui aurait soi-disant empoisonné le sang, tous les accidents puerpéraux, dus en réalité à une petite négligence passée inaperçue. Voici ce qu'avance M. Prioleau : « Il est certain que l'accouchement, fait antiseptiquement, peut être suivi d'accidents puerpéraux si les malades sont atteintes antérieurement d'une maladie infectieuse. Le fait déjà connu de Trousseau, de Hervieux, a été étudié dans ces derniers temps par Chantemesse, Widal, Doléris, etc. M. Prioleau a vu des accouchements survenant dans le cours d'une fièvre typhoïde se compliquer d'accidents péritonéaux graves dus au bacillus coli ; les streptococci, les staphylococci peuvent infecter l'utérus par la voie de la circulation générale ; les micro-organismes pullulent au niveau de la plaie placentaire, où ils se trouvent dans des conditions très favorables et réinfectent secondairement l'organisme. Il est possible que la fièvre sans infection, qui se produit dans les accouchements prolongés expose aux accidents puerpéraux. M. Prioleau a vu des accidents péri-utérins post-puerpéraux, survenir chez des femmes atteintes de pneumonie et de phlegmon de l'avant-bras. »

On pourra toujours objecter que, dans ces cas, M. Prioleau a pu commettre une petite infraction aux précautions antiseptiques, difficiles à observer parfaitement chez des malades atteintes de fièvre typhoïde ou de pneumonie, par exemple. D'autre part, pourquoi accuser de péritonite puerpérale le bacille commun du côlon, puisqu'il paraît démontré que l'infection puerpérale est produite par le streptocoque. Qu'est-ce qui prouve que l'infection générale est produite par les germes circulant dans le sang, plutôt que par les poisons, ptomaïnes ou toxines, sécrétés par ces microbes ? Un accouchement fait antiseptiquement ne doit jamais être suivi d'aucune fièvre, ni d'aucun accident périutérin ; c'est une loi que tout médecin doit avoir présente à l'esprit. Bien entendu, si l'accouchée était déjà atteinte d'une affection aiguë avant l'accouchement, cette affection aiguë sera notablement aggravée du fait du traumatis-

me, mais elle ne pourra à elle seule auto inoculer l'utérus et ses annexes.

Traitement de la cystite blennorrhagique.

M. le Dr *Verhoogen* emploie le traitement suivant contre la cystite blennorrhagique : Repos au lit, bains de siège tièdes, enveloppements humides du bassin, du bas-ventre et du périnée ; emploi des narcotiques opium et belladone, per os ou per anum.

Dès que la vessie s'emplira ; on fera le cathétérisme avec une sonde de Nélaton. On veillera à la parfaite régularité des selles, qu'on provoquera facilement par l'introduction d'un suppositoire à la glycérine. Le régime lacté serait le meilleur régime à prescrire. En tout cas, on doit proscrire les liqueurs et les aliments excitants, épices, etc.

Après la période tout à fait aiguë dont la durée est assez variable, généralement huit à quinze jours, les symptômes douloureux disparaissent sous l'influence de ce traitement. Il faut alors, si l'on veut obtenir une guérison rapide, et ne pas voir l'affection devenir chronique, avoir recours au traitement local. On fera des lavages de l'urèthre postérieur et de la vessie au moyen de solutions très étendues de nitrate d'argent. Guyon a employé avec succès les solutions de sublimé à 1 00/00 en instillations, mais ce procédé n'a pas donné des résultats satisfaisants. On emploiera, au début, des solutions de nitrate d'argent à 0,5 00/00 pour arriver rapidement à 1 00/00 et aller plus loin, s'il y a lieu. On procédera de la manière suivante : le malade étant couché, une sonde de Nélaton n° 18 à 20 Ch., enduite de glycérine, est introduite doucement jusque dans la vessie ; on laisse l'urine s'écouler. On pousse alors lentement, à l'aide d'une seringue fonctionnant bien, environ 100 ou 150 grammes de la solution dans la vessie, puis on laisse le liquide s'écouler aussitôt ; ce lavage doit entraîner l'urine, ainsi que le pus qui seraient restés dans la vessie. On introduit ensuite, de la même manière, de nouveau 100 à 150 grammes de la solution, puis on retire la sonde. Le malade se lève et urine le liquide introduit. Le but de cette manœuvre est de faire passer la solution sur les différentes parties de l'urèthre.

C'est pour ce motif aussi que la sonde est enduite de glycérine : la vaseline se fixant sur la muqueuse uréthrale, empêcherait l'action du nitrate de se produire, tandis que la glycérine se dissout dans l'eau et n'a donc pas le même inconvénient.

Généralement, ces lavages sont, au début, suivis d'une recrudescence des symptômes ; ils sont répétés tous les deux ou trois jours. On constate très rapidement une grande amélioration. Si la guérison n'est pas complète après une dizaine de lavages, il vaut mieux arrêter le traitement et laisser au malade quelque repos avant de le reprendre. Souvent, alors, la guérison survient en peu de temps.

« Tel est le traitement qui paraît le plus certain et donne les résultats les plus rapides et les plus complets. Je n'ai jamais vu les médicaments internes les plus vantés, le santal, le copahu, modifier en quoi que ce soit la marche de la maladie. Le salol et les dérivés de l'acide salicylique ont parfois une influence favorable dans les premiers temps de la maladie, mais c'est toujours au traitement local qu'il faudra avoir recours, si la guérison ne se produit pas rapidement et si l'on veut empêcher l'affection de devenir chronique. »

La méthode du Dr Azoulay dans l'auscultation du cœur.

Au mois de mai dernier, M. le Dr *Azoulay* (1) faisait une communication à l'Académie de Médecine sur l'importance de l'attitude du malade dans l'auscultation du cœur et des vaisseaux. Il revient sur ce sujet à l'Association pour l'avancement des sciences, et plusieurs cliniciens fort compétents ont confirmé ses assertions. L'attitude dite relevée permet de percevoir les bruits du cœur d'une façon beaucoup plus nette, beaucoup plus précise, de telle sorte que, employée chez les enfants, en particulier par M. Jules Simon, elle a permis de faire facilement et avec certitude le diagnostic exact des lésions d'orifices et des bruits péricardiques. Elle a même servi à établir le pronostic de ces lésions d'après l'intensité des bruits pathologiques et les degrés d'arythmie. Rappelons le détail de cette attitude : Le malade est couché sur un lit de telle façon que le tronc soit horizontal, la tête et les bras relevés verticalement, et les membres inférieurs en flexion forcée, les genoux fléchis sur le bassin et les pieds reposant à plat par la plante. Cette attitude force le cœur à accomplir le maximum de son travail ; c'est probablement pour cette raison que les bruits sont renforcés et régularisés.

La station verticale est certainement défectueuse pour l'examen minutieux du cœur.

Moyen pratique d'appliquer les ventouses sans brûler les malades.

M. *Aubert*, de Lyon, nous recommande un moyen d'appliquer les ventouses sèches, sans la moindre gêne pour les malades. Ordinairement, en effet, il peut arriver qu'on brûle la peau en appliquant les ventouses ; les traités spéciaux enseignent les précautions suivantes :

1° L'usage d'instruments spéciaux ne comportant pas l'emploi de la flamme ; ventouses à pompe et ventouses en caoutchouc.

2° L'emploi d'une lampe à alcool spéciale ou ordinaire pour chauffer l'air du récipient.

3° La précaution de n'appliquer la ventouse qu'après extinction complète de la flamme.

Le premier moyen est le plus sûr, et n'a que l'inconvénient d'exiger l'emploi d'appareils que l'on n'a pas ordinairement sous la main, même à la ville. La grande commodité des ventouses à flamme vient précisément de ce qu'on trouve partout un verre à boire, une tasse et un morceau de papier ; aussi dans la pratique civile ces ventouses sont-elles presque exclusivement employées.

Le principe est toujours de placer sur la peau un corps étranger mouillé, choisi de telle façon qu'il n'empêche pas les ventouses de prendre et de tenir solidement, et qu'il favorise même cette prise. Le corps étranger peut du reste varier, et l'on n'a que l'embarras du choix entre une série de substances qu'on a presque toujours sous la main. Le miel, la confiture, les sirops, la colle de farine, le savon mouillé et promené sur la peau donnent le résultat demandé.

L'eau seule mouille mal et inégalement.

---

(1) *Concours médical*, 1892, n° 20.

« A ces moyens, pourtant, l'auteur préfère comme étant plus propre et aussi plus rassurant pour le malade l'interposition d'une feuille mince de papier mouillé. Le papier mou, le papier mousseline, le papier corde mince vont très bien, les deux premiers surtout. Le papier, même si répandu des journaux à un sou, peut être employé à condition de le laisser tremper dans l'eau chaude. L'eau froide ne l'imbibe et ne le ramollit pas assez, elle permet après l'application l'introduction de fines bulles d'air que l'on voit et que l'on entend bruire le long de la paroi, et qui font bientôt lâcher prise.

« Lorsque la ventouse est appliquée, la partie incluse du papier éclate et la saillie des tissus se fait comme de coutume. Cette saillie en calotte de sphère résulte, soit de la turgescence sanguine du tissu, soit du glissement de ce tissu lui-même ; aussi, le diamétre du cercle tracé sur la peau par la circonférence de la ventouse est-il toujours plus large que le diamètre de cette circonférence. L'écart entre les deux diamètres varie selon que la région se prête plus ou moins au glissement des tissus, que la surface de la peau est plus ou moins lubrifiée. »

Si la peau glisse, l'aspiration s'exerce sur une grande étendue des tissus ; si elle ne glisse pas, la congestion de la partie incluse est plus forte et la suffusion sanguine plus facile.

Incubation du chancre syphilitique.

La durée moyenne de l'incubation du chancre syphilitique est variable suivant les auteurs : Mauriac admet le chiffre de 34 à 35 jours. Mais ce qu'il est fort intéressant de savoir, c'est que dans certains cas particuliers, cette incubation peut être d'une durée tout à fait exceptionnelle. Dans un cas observé avec M. Jalaguier, M. Mauriac l'a vue de 68 jours, mais elle peut être plus longue encore. Dans une série de 19 cas personnels qu'il a pu réunir, M. Mauriac a trouvé une moyenne de 63 jours environ. Chez une dame mariée qui fut suivie avec la plus grande attention, l'incubation fut de 71 jours au moins. Dans un autre cas, un malade fut atteint d'une fièvre typhoïde entre la contamination et l'apparition du chancre ; peut-être cette maladie retarda-t-elle l'éclosion de cet accident qui ne parut que le 63e jour. Dans un autre cas encore, il y eut 69 jours d'incubation.

A côté de ces incubations si longues, il y en a quelquefois d'extrêmement courtes et ce sont les cas de ce genre qui font varier beaucoup les moyennes admises par les auteurs. C'est ainsi que M. Mauriac a observé deux faits dans lesquels cette incubation ne fut que de neuf jours. Dans un de ces cas, un malade, après une continence de trois mois, cohabita huit jours avec la même femme. Huit ou dix jours après le premier coït, rougeur et gonflement du prépuce et chancre infectant typique. La seconde incubation, c'est-à-dire celle qui précède les acccidents secondaires, fut d'ailleurs aussi courte que la première, car un mois après le premier coït, il y avait déjà des croûtes du cuir chevelu et un commencement d'éruption papuleuse confluente. Ce fut une espèce d'intoxication d'emblée qui envahit tout l'organisme en trente jours, concentrant dans une subintrance remarquable l'accident primitif et les premiers accidents secondaires.

Chez un second malade, il en fut absolument de même ; huit à dix jours après un seul coït infectant, existaient à la racine de la verge deux papules qui se convertirent en un énorme chancre infectant. La deuxième incubation fut aussi très courte, car les accidents consécutifs apparurent moins de trente jours après le début du chancre.

L'étude de la durée de l'incubation est plus importante au point de vue du diagnostic que du pronostic : en effet, chaque fois qu'on aura des doutes sur la nature d'un chancre et qu'on parviendra à établir indubitablement qu'il ne s'est manifesté qu'après une incubation de 15, 20, et à plus forte raison de 30 à 40 jours, etc..., on pourra affirmer, sans crainte de se tromper et même en l'absence de tous les autres signes, qu'il est syphilitique.

La valeur de l'incubation au point de vue du pronostic est très incertaine, et l'on ne peut conclure qu'une syphilis sera légère parce que la durée de l'incubation du chancre a été longue, ou inversement.

Indications et technique des injections intra-utérines

M. le Dr *Démelin* résume, dans la *Revue de clinique et de thérapeutique*, les principales indications et la technique des injections intra-utérines si injustement décriées parce qu'elles sont mal appliquées.

Après tout accouchement, même le plus normal, il est prudent de faire une injection intra-utérine de 1 à 2 litres, à 45 ou 50 degrés. L'action que l'on recherche est plutôt celle qui a pour but de faire contracter l'utérus afin d'éviter les écoulements sanguins de la délivrance. L'emploi de l'ergot est ainsi remplacé par celui de l'eau chaude, et avec avantage. Les caillots restés dans l'utérus sont évacués et l'apyrexie des suites de couches assurée. Les jours suivants, on ne renouvellera pas le lavage intra-utérin dans les cas simples.

Au contraire, si une hémorrhagie de la délivrance a eu lieu, il est bon, le lendemain ou le surlendemain, de faire un lavage utérin pour enlever les caillots encore adhérents à la paroi de la matrice.

Si des accidents infectieux apparaissent, si on reconnaît que leur point de départ est bien l'utérus, il faut alors pratiquer des injections utérines tant que la fièvre existe, une, deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. 2 litres suffisent en général pour une séance. L'irrigation continue est difficile à installer ; elle fatigue les femmes et son action n'est pas plus puissante que celle des injections intra-utérines ordinaires.

La technique est la suivante :

La femme peut rester allongée dans son lit, mais si l'on n'est pas habitué à l'opération, on a plus de facilité en faisant mettre le siège au bord du lit, comme dans la position dite obstétricale.

La vulve et le vagin ont été irrigués ; le liquide de l'injection utérine est préparé : il a 45 degrés centigrades s'il s'agit d'arrêter une hémorrhagie ; s'il faut rendre la cavité utérine aseptique, il est composé de permanganate de potasse à 50 centigrammes par litre, ou de microcidine à 4 grammes par litre, ou d'iode à 3 grammes par litre, avec addition de 6 grammes d'iodure de potassium. (La microcidine, excellente lorsqu'elle est bien préparée, est souvent caustique et mal supportée dans le cas contraire. Le permanganate de

potasse est un bon antiseptique; la solution iodo-iodurée est trés puissante à ce point de vue.)

Deux doigts de la main droite sont introduits dans le segment inférieur; ils ouvrent et dépassent le bourrelet du cercle utérin ; par une pression légère sur la région hypogastrique, l'antéflexion naturelle de l'utérus est corrigée, puis la canule est expurgée soigneusement *de tout* l'air qu'elle pourrait contenir ; elle est glissée sur les doigts de la main droite jusqu'au fond de la cavité utérine ; on soulève alors le vase qui contient le liquide et on laisse celui-ci s'écouler. Le réservoir ne doit pas être à plus de 50 centimètres au-dessus de l'entrée des organes génitaux, afin que la pression du liquide injecté ne soit pas trop considérable. Si le retour s'effectue difficilement, si l'écoulement s'arrête, il faut baisser le réservoir et attendre que la voie redevienne libre ; l'arrêt est causé dans ces cas par la contraction de l'utérus qui serre étroitement la sonde et empêche le liquide de revenir. Une fois la contraction passée, l'écoulement se produit.

On évitera ainsi tous les accidents, jusques et y compris le passage du liquide dans le péritoine ou dans les gros vaisseaux. Les trompes de Fallope ne se laissent pas traverser, surtout lorsqu'elles sont saines. Le passage du liquide dans les gros vaisseaux de l'abdomen, à travers les sinus utérins, est réellement possible, ainsi que l'ont démontré les expériences de Tissier. Mais avec une pression ne dépassant pas 50 centimétres et un orifice utérin non contracté, les accidents ne sont pas à craindre.

CHIRURGIE PRATIQUE

Traitement de l'hydrocèle vaginale.

L'hydrocéle vaginale est une affection extrêmement fréquente dans les pays intertropicaux et relativement commune dans nos régions. Il est donc d'une réelle importance, pour un praticien, de posséder un certain nombre de moyens thérapeutiques, suivant les différentes indications qui se présentent.

Sans nous attarder aux théories pathogéniques, et au diagnostic, nous aborderons immédiatement la question du traitement. Nous supposons donc que le médecin, après avoir éliminé le varicocéle, les hernies scrotales, les tumeurs du testicule, de l'épididyme, du cordon, est certain d'être en présence d'un épanchement liquide de la tunique vaginale. Remarquons que nous n'avons pas mis en question la nature du liquide ; c'est que, malgré les signes différentiels indiqués, dans les livres, entre l'épanchement de sang et l'épanchement séreux (hématocéle et hydrocèle), signes, dont le principal est la transparence de la tumeur, il arrive fréquemment qu'on entreprend le traitement ou plutôt l'intervention, avant d'être absolument fixé. Aucune hématocèle n'est transparente, mais nous avons vu quelquefois des hydrocéles anciennes, à parois épaisses où la recherche de la transparence était négative.

Le seul moyen de connaître exactement la nature de l'épanchement est la ponction exploratrice à l'aide d'une seringue de Pravaz convenablement stérilisée. Ce n'est qu'après cette petite opération de tâtonnement qu'on pourra se décider pour telle ou telle intervention.

Divisons l'étude du traitement de l'hydrocèle en 2 parties :

1° Moyens externes ou médicaux.
2° Moyens chirurgicaux.
A. *Ponctions et Injections.*
B. *Cure radicale.*

1° Moyens externes ou médicaux.

Nous serons brefs sur cette première partie. Il est rare, en effet, que ces moyens suffisent à eux seuls, et généralement, ils ne sont employés que comme adjuvants des moyens chirurgicaux. Ils consistent en applications externes sur le scrotum, au niveau de l'hydrocèle, de topiques liquides résolutifs, tels que l'eau blanche, le chlorhydrate d'ammoniaque en solution à 10/100 ; la teinture d'iode, etc. ; la compression ouatée, au moyen d'un bon suspensoir élastique garni d'une épaisse couche d'ouate, est encore un des bons moyens externes de traitement de l'hydrocèle.

L'hydrocèle des nouveau-nés guérit généralement par l'application de compresses chaudes imbibées d'eau blanche ou de chlorhydrate d'ammoniaque en solution, quand cette hydrocèle n'est pas congénitale et vagino-péritonéale.

Chez les vieillards ou chez les personnes pusillanimes, on peut, pour empêcher l'augmentation de volume de l'hydrocéle vaginale, employer le suspensoir ouaté compressif ; mais on obtient bien rarement par ce moyen une résorption de l'épanchement.

2° Moyens chirurgicaux.

A. *Ponctions et injections.*

Avant de procéder à la ponction et à l'évacuation de l'hydrocèle, il faut s'assurer de deux choses importantes : 1° la parfaite indépendance de l'hydrocèle, sa non-congénitalité, sa non-communication avec une hernie inguinale et par suite avec le péritoine ; 2° la situation exacte du testicule. On sait que la glande génitale est généralement retenue en bas et en arrière de la poche de l'hydrocèle par les adhérences inféro-postérieures de la tunique vaginale. Cependant, il est prudent avant de ponctionner la poche, même avec la seringue de Pravaz, d'explorer lentement, avec douceur, entre le pouce et les autres doigts de la main gauche, la totalité de la tumeur. De légères pressions, suffisamment espacées les unes des autres, permettront de fixer la place occupée par le testicule, car elles éveilleront en un point une sensibilité extrême, que traduira aussitôt le malade. Si l'épaisseur des parois de l'hydrocèle empêche le malade de percevoir les pressions exercées au niveau du testicule, on sera forcé de ponctionner au hasard, en avant et en haut de la tumeur.

N'oublions pas, qu'aujourd'hui, il n'est plus permis de négliger les précautions antiseptiques pour ponctionner une hydrocèle ; elles sont d'ailleurs fort simples : savonnage de la peau du scrotum, lavages avec une solution chaude de sublimé au millième, essuyage avec une compresse chaude, préalablement imbibée de sublimé. Les mains du chirurgien sont savonnées, lavées aussi au sublimé et ne doivent pas être essuyées. L'instrument habituellement employé est le gros trocart des trousses, qui porte le nom de Reybard ; on le fait bouillir quelques minutes dans l'eau ordinaire, puis on le plonge dans une solution phéniquée forte ou dans le chloroforme ; les

CORRESPONDANCE

(Suite)

il doit s'y trouver des aperçus intéressants pour le Corps médical. Nous aurions regretté qu'il ne se fût pas trouvé au Congrès une personne qui eût pu relever les erreurs, si communes, dans les Sociétés de secours, au sujet du rôle essentiel des médecins.

M. L., méd., à A.— Votre très intéressante lettre a été envoyée à M. le Dr Gassot et elle sera une des bases de la discussion en Assemblée générale du Concours, le 27 novembre. Vous êtes modéré et la distinction que vous établissez nous paraît justifiée. Il est évident que le Conseil supérieur de l'Instruction publique devrait admettre des officiers de santé dans l'enquête qui précédera la rédaction du programme à leur imposer pour l'obtention du titre de docteur. Mais vous verrez qu'on saura se passer de leur avis ; nous ne sommes guère habitués à voir consulter les intéressés, quand il s'agit de savoir comment on ménagera leurs intérêts les plus légitimes. Nous nous souvenons que le *Sénat* n'a pas tenu compte de nos vœux les plus raisonnables, à propos de la déclaration des maladies épidémiques.

Dr D., à C. (Aude). — On vous a envoyé les imprimés nécessaires pour la constitution d'un syndicat. Nous comptons sur votre persévérance, afin qu'aidé par vos amis, vous puissiez bientôt constituer une société professionnelle qui rendra tant de services. Le pharmacien qui vous calomnie auprès de vos clients serait poursuivi par elle et les dommages et intérêts seraient alloués au syndicat; un homme d'affaires recueillerait les témoignages, exercerait les poursuites. C'est à vous, en ce moment, qu'incombe ce devoir; vous n'avez rien à redouter, *si vous avez des preuves certaines*. Vous dites que vous demanderez des dommages et intérêts, à verser à la *Société de bienfaisance*. Pourquoi à cette société ? pourquoi pas en votre faveur, puisque c'est à vous qu'on a nui ? C'est de l'humanitarisme inutile. Vous consacrerez le produit aux frais de constitution du syndicat et à sa future caisse.

Dr X. — Vous n'avez aucune raison de refuser vos soins à cette famille. — A quel âge est-on tenu de déclarer la naissance d'un

fœtus ? (Embryon jusqu'à 4 mois; fœtus jusqu'à 6 mois; mort-né ensuite). Les décisions judiciaires sont très variables; les plus récentes démontrent qu'il est prudent de déclarer la naissance au delà de 4 mois. Mais jusqu'à 6 mois on peut, à la rigueur, s'abstenir. La déclaration, sur la demande de la famille, qui a intérêt, dans votre cas, à s'abstenir, doit être faite par vous, sans que vous soyez tenu d'indiquer où et de qui l'enfant est né. Si on vous interroge, vous répondrez que vous n'avez appris les faits qu'à l'occasion de l'exercice de votre profession et sous le sceau du secret.

M. M., médecin, à T. — Remerciements pour votre lettre si explicite et instructive. En somme, le récit fait par le journal que nous vous avons envoyé, exagère un peu les faits ; les cas de fièvre typhoïde ne sont pas nombreux en ce moment et il n'y a pas précisément péril en la demeure, on a le temps d'aviser et il y a une question d'argent et d'insuffisance dans l'offre qui est faite. Il vous appartient, ainsi qu'à vos confrères, d'intervenir pour amener, à bref délai, une solution satisfaisante.

Dr L. B., Paris. — Nous communiquerons votre lettre à nos confrères de B. et leur demanderons, d'une façon plus explicite, les motifs de leur abstention.

mêmes précautions seront prises pour la seringue de Pravaz exploratrice. Comme généralement, le liquide de l'hydrocèle est limpide et très fluide, point n'est besoin d'avoir recours à un gros trocart : nous employons les trocarts ordinaires et l'aspirateur de Potain. Mêmes précautions antiseptiques à prendre avec cet appareil qu'avec le gros trocart.

Tout étant préparé, doit-on employer un anesthésique local ? Dans certains cas cela est nécessaire, à cause de la pusillanimité des malades : une injection intra-dermique de quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 1/10000 avec 0,2 % de chlorure de sodium, d'après la méthode de Schleich, de Berlin (1), est largement suffisante. On peut user aussi de l'anesthésie produite par l'évaporation rapide et le refroidissement sur la surface de la peau du chlorure d'éthyle (ampoules de chlorure d'éthyle liquide).

On commence par vérifier la nature du liquide par une ponction à la seringue de Pravaz. Puis, l'existence de l'hydrocèle étant confirmée, on introduit le trocart, encore humide de la solution phéniquée ou du chloroforme, d'un mouvement brusque, dans la tumeur scrotale, tandis que la main gauche maintient la région où l'on croit être situé le testicule. Le trocart est ouvert et le liquide s'écoule dans une éprouvette graduée, ou dans le récipient de l'aspirateur de Potain, si l'on a fait usage de l'aspiration pneumatique.

Ici plusieurs pratiques sont en présence : faut-il vider complètement la poche ? doit-on ne retirer qu'une partie de l'épanchement, pour la remplacer par une injection caustique ? Les uns vident complètement, puis injectent environ 40 gram. de solution iodo-iodurée forte (teinture d'iode additionnée d'un tiers d'eau iodurée) qu'ils laissent environ dix à quinze minutes dans la vaginale, puis évacuent entièrement. Ce procédé est douloureux ; il expose, de plus, aux infiltrations de teinture d'iode dans les téguments des bourses. Nous avons souvenir d'un malade, qui avait été ainsi traité dans le service où nous étions externe, et chez lequel l'accident survint dans toute sa gravité. Les téguments se sphacelèrent, les enveloppes s'exfolièrent et le testicule fut presque mis à nu. Pendant 3 *mois* nous renouvelâmes le pansement tous les 2 jours et la réparation se fit enfin, sans préjudice pour l'organe. On peut diminuer les chances de cet accident, en employant pour injecter la teinture d'iode, non une seringue, mais un *entonnoir de verre*, comme le fait M. Guyon.

Cette manière de procéder atténue très certainement la douleur : mais l'entonnoir a en outre des avantages sérieux : quand on l'utilise, on n'est pas exposé à voir se produire la pénétration du liquide injecté dans les parois des bourses, et on économise ainsi un aide. Le nettoyage de ce petit instrument est des plus faciles.

Les autres, comme M. Polaillon, ont renoncé depuis longtemps aux injections iodées et emploient désormais comme liquide modificateur une solution de *chlorure de zinc* à 1 pour 10.

Eau...............	10 grammes
Chlorure de zinc...	1 —

Voici comment on procède : Ponction avec un trocart assez fin et évacuation *presque complète* du liquide. Par la canule restée en place, injection avec une seringue de Pravaz d'*un* gramme de la solution précédente. Puis on malaxe le scrotum pendant quatre à cinq minutes et on laisse écouler la plus grande partie du liquide injecté, qui a pris une teinte et une consistance laiteuses par la coagulation de l'albumine. La canule est retirée et aucun pansement n'est nécessaire. L'opéré peut se lever avec un suspensoir. Le lendemain et les jours suivants, il y a une réaction assez forte, mais jamais intense. Un épanchement se reproduit, puis se résorbe en quinze ou vingt jours. Ce procédé est peu douloureux, ne nécessite pas l'anesthésie ni le séjour au lit d'une manière complète, et il guérit aussi sûrement que les injections irritantes.

Quant à nous, nous nous rangeons, en partie, à cette dernière pratique. Mais nous préférons l'aspirateur de Potain à double effet, c'est plus commode et plus sûr. Avec la pompe aspirante, nous évacuons complètement le contenu de la vaginale. Le liquide est facilement recueilli en totalité ; nous en connaissons la quantité exacte. Puis, nous le remplaçons dans le flacon de l'aspirateur par une solution de chlorure de zinc à 1/100, chauffée à 38 degrés environ. A l'aide de la pompe foulante, nous injectons notre solution lentement dans la vaginale ; puis nous laissons en place environ 5 minutes et nous évacuons par aspiration. Une seconde solution de chlorure de zinc chaude est de nouveau injectée, laissée 5 minutes, puis évacuée. Si la 2e solution revient à peu près limpide, nous n'en injectons pas une 3e ; sinon nous recommençons nos lavages une 3e fois. La réaction est vive le lendemain et le surlendemain ; l'épanchement se reproduit, puis se résorbe rapidement, quelle que soit l'épaisseur des parois de la poche, comme nous l'avons observé sur un malade, qui portait une vieille hydrocèle des colonies depuis dix ans environ.

Tout récemment, M. le Dr *Dury* a indiqué dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége*, un procédé par lequel il utilise l'éther iodoformé dans le traitement de l'hydrocèle.

On opère en ponctionnant simplement l'hydrocèle avec l'aiguille de la seringue de Pravaz ; le liquide de l'hydrocèle, étant très clair, s'écoule facilement ; lorsque la poche est vide, que le liquide ne fait plus que baver, on injecte rapidement par l'aiguille laissée en place quelques grammes d'éther iodoformé à 10 %. Le bouillonnement de l'éther projette bien vite l'iodoforme dans tous les sens, sur tous les points des parois de la poche et le liquide ne se reproduit plus.

Pour éviter la tension trop considérable due aux vapeurs d'éther, si la poche se tend fortement, on retire le corps de la seringue, permettant ainsi aux vapeurs d'éther de s'échapper par l'aiguille : on abandonne cependant le plus possible de liquide à l'intérieur de la poche.

La douleur est si minime que les opérés peuvent vaquer immédiatement à leurs occupations habituelles, faire à pied une course assez longue et, sans la moindre réaction, tout rentre dans l'ordre. Nous signalons cette innovation, sans l'apprécier ; il nous semble cependant que l'absorption de l'éther iodoformé doit donner lieu à quelques nausées et à quelques phénomènes d'ébriété, comme on l'observe fréquemment dans les injections éthéro-iodoformées pour abcès tuberculeux.

L'injection une fois faite, comment doit-on se comporter ? Il faut appliquer un pansement compres-

(1) *Concours médical*, 1892, n° 30, page 352.

sif, en obturant l'orifice produit par le trocart au moyen d'un petit tampon de gaze iodoformée ou salolée et en appliquant par-dessus un suspensoir ouaté. Nous réprouvons complètement le collodion, qui provoque souvent de l'irritation de la peau et ferme mal la petite plaie.

Généralement, il est prudent de faire garder le repos au malade pendant 3 jours au moins. Après quinze jours ou trois semaines, si l'épanchement s'est entièrement reproduit et n'a présenté aucune tendance à la résorption, nous recommençons la ponction et l'injection au chlorure de zinc. Il est rare que l'affection ne cède pas à la première intervention ; mais, elle cède presque toujours à une série de ponctions et d'injections.

Toutefois, si notre deuxième tentative échoue, nous recourons au procédé radical, qui pour MM. Reclus, Richelot, Reynier, etc., est le procédé de choix.

B. *Cure radicale de l'hydrocèle.* — Cette opération ne présente aucune gravité, à condition de la régler suivant les pratiques antiseptiques modernes.

Le scrotum est savonné, lavé, comme précédemment avec le sublimé chaud.

On l'anesthésie avec la solution de cocaïne chlorurée-sodique de Schleich ; puis, au bistouri, on sectionne la peau, jusqu'à la tunique fibreuse ; ici, on injecte une nouvelle traînée analgésique cocaïnée ; on arrive ainsi à la vaginale lentement, et d'une main légère, on incise la séreuse. On la lave au sublimé au 1/1000 chaud, on la dissèque très fin, comme s'il s'agissait d'un sac herniaire. On n'enlève que le plus mince feuillet qui double la fibreuse. On atteint ainsi le voisinage de l'épididyme et l'on sectionne aux ciseaux. On suture par dessus la peau sans drainage. Pansement à la gaze iodoformée battue, maintenu par un suspensoir. La guérison est complète en huit jours.

Ainsi conduite, l'opération ne présente aucune complication et la récidive est absolument exceptionnelle. Elle offre de plus l'avantage de permettre au chirurgien de se rendre compte de l'état des organes (testicule, épididyme) et quelquefois de compléter ainsi le diagnostic. — Si la ponction exploratrice du début a révélé l'existence d'une hématocèle au lieu d'une hydrocèle, c'est à ce procédé radical qu'on doit avoir immédiatement recours.

Traitement de l'hydrocèle enkystée du cordon. — Cette variété d'hydrocèle est justiciable de la ponction avec injection de chlorure de zinc à 1/100. Elle guérit généralement fort bien par ce procédé et ne récidive pas. Peut-être pourrait-on avantageusement lui appliquer le traitement du Dr Dury par les injections d'éther iodoformé.

Traitement de l'hydrocèle diffuse du cordon. — Ici, l'opération de choix est évidemment l'incision antiseptique avec lavages au sublimé ou au chlorure de zinc, chaud comme dans la cure radicale de l'hydrocèle de la vaginale.

Quant à l'hydrocèle vaginale congénitale avec hernie inguino-scrotale, un seul traitement nous paraît rationnel, c'est la cure radicale de la hernie et de l'hydrocèle. Si le malade ne veut pas s'y soumettre, on lui appliquera un bandage et un suspensoir.

Dr P. HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La médecine d'Etat.

Des idées vraiment cocasses — c'est le seul mot qui rende notre pensée — hantent parfois certains de nos confrères : Simplissime de l'*Union médicale* ne s'avise-t-il pas de dédier à M. Henri Monod une causerie dans laquelle il fait une comparaison entre prêtres et médecins et qui l'amène à terminer ainsi :

> Mais alors vous voulez faire une médecine d'Etat? Je ne dis pas non. Mais je reviendrai sur cette question une autre fois. Permettez-moi d'y réfléchir encore.

Une médecine d'Etat ! — Oh oui. Simplissime peut y réfléchir encore ; non seulement nous le lui permettons, mais nous l'y engageons fortement et nous lui concédons tout le temps nécessaire : qu'il ne se presse pas !

Le point de départ de ses méditations, nous ne le connaissons que trop : c'est la misérable situation de certains médecins de campagne mal logés, mal outillés, condamnés à un labeur effroyable pour n'arriver que bien juste en fin d'année à équilibrer un maigre budget. Ce sont ces pays pauvres où l'exercice de la médecine est presque impossible ; où les villages sont clairsemés, les chemins impraticables, les habitants aussi misérables que leurs habitations.

Nous ne nions certes pas l'existence de ces régions déshéritées, mais on conviendra pourtant avec nous qu'elles constituent une exception en France ; et nous ne comprenons pas comment on puisse, de ces quelques communes perdues dans les montagnes, conclure à un pays tout entier.

La répartition des médecins est défectueuse, on le dit sur tous les tons et la chose est certaine : mais quelle est, presque toujours, la cause de l'insuffisance du nombre des praticiens dans une région ? — l'Exercice illégal.

Bien souvent la population, dans un rayon raisonnable, serait suffisante pour constituer une clientèle ; mais, l'habitude en est prise, on ne consulte pas le médecin. Rebouteurs, empiriques, sorciers, somnambules, curés, religieuses de toutes coiffes, font de la médecine à qui mieux mieux, — comment un médecin pourrait-il vivre ? Quelques-uns ont voulu tenter de s'installer, mais au bout de cinq à six mois ils ont compris qu'il était inutile de lutter contre l'humaine sottise, soutenue par l'indifférence de la loi ; ils ont transporté leur tente ailleurs.

Mais que l'exercice illégal soit réprimé, que quelques condamnations sérieuses apprennent à chacun, qu'il faut uniquement se mêler de son métier, la situation changera, les médecins reviendront et cette pénurie qu'on invoque si souvent ne sera plus à déplorer.

Ce qu'un médecin libre et indépendant ne peut faire, croit-on pouvoir l'obtenir d'un médecin fonctionnaire nommé par le ministre ? Car c'est à cette conception géniale qu'en arrive Simplissime.

Le médecin fonctionnaire, qu'il le croie bien, ne sera pas appelé plus souvent : les sœurs, les curés, les sorciers, les rebouteurs continueront à faire de la médecine et le nouveau budgétivore consacrera à noircir des papiers administratifs les loisirs que lui laisseront la lecture du journal et la partie de bézigue.

Mais, le pauvre, ne le calomnions pas à l'avance : budgétivore, lui...... allons donc ! Les appointements qu'on lui octroiera seront tout juste suffisants pour l'empêcher de mourir de faim ! Il n'aura plus sa liberté, c'est vrai, mais il ne touchera pas davantage pour cela.

On commencera par lui parler de sacerdoce — voyez ! prêtres et médecins, médecins de l'âme et médecins du corps, etc., il y a là toute une matière qu'au temps jadis on eût mise en vers latins — on finira par lui faire connaître l'épuration des fonctionnaires, la nécessité de donner satisfaction à l'opinion publique — lisez : rancune de quelque sous-agent électoral — et bien d'autres aménités que n'ignorent les petits fonctionnaires d'aucun gouvernement quel qu'il soit.

Car, ne l'oublions pas, ce seront de petits fonctionnaires.

Ecoutez plutôt ce que dit Simplissime :

Pourtant, entre nous, médecins, il me semble qu'il ne devrait pas y avoir une si grande différence, au point de vue matériel, entre le médecin du corps et celui de l'âme. Pourquoi toute commune ayant un presbytère n'a-t-elle pas une habitation pour son médecin ? Pourquoi cette habitation, propriété de la commune comme le presbytère, n'est-elle pas à la disposition du médecin pendant toute la durée de son séjour dans la commune ?

L'état de choses actuel a sans contredit de nombreux inconvénients. D'abord, beaucoup de communes sont dépourvues de médecins, qui ne veulent pas s'y fixer à cause du peu de ressources qu'elles offrent ; si le médecin en y arrivant y trouvait sans bourse délier une maison et un jardin, à condition de remplir certaines obligations sur lesquelles je vais revenir, je crois qu'il hésiterait moins à s'y fixer, sinon pour toute sa vie, du moins au début de sa carrière.

Les obligations auxquelles serait astreint le médecin ne pourraient être les mêmes que celles du prêtre, bien qu'elles y ressemblent beaucoup. Le prêtre enseigne à ses ouailles les moyens de faire leur salut dans l'autre monde ; le médecin, outre les soins qu'il donnerait gratuitement aux indigents aurait la charge d'apprendre à ses administrés les moyens de faire leur salut dans ce monde, c'est-à-dire les règles de l'hygiène publique et privée. Que j'en ai vu, de ces villages, dans lesquels les eaux infectées, s'écoulant du fumier, forment des ruisseaux pestilentiels le long des rues ! Que j'en connais, de ces villages, dans lesquels n'ont jamais pénétré ni Brouardel, ni Proust, ni A.-J. Martin, ni Netter, ni Thoinot, ni, etc...., et qui chaque année, au retour des grandes chaleurs, sont ravagés par la fièvre typhoïde, par la dysenterie, par le croup, par la scarlatine, tout cela perce qu'on ne prend ni pendant ni après l'épidémie aucune mesure pour en éviter le retour. Et comment prendrait-on ces mesures, alors qu'on les ignore ? Le médecin devrait être le chef de l'hygiène de la commune ou des communes qu'il dessert et, de même que le prêtre tous les dimanches fait une conférence ou un prêche sur la religion, de même chaque semaine le médecin devrait faire une conférence sur l'hygiène ou l'art d'éviter les maladies. Il devrait être le conseiller de la commune sur la manière d'aménager certaines habitations, d'isoler les puits et les fosses d'aisances, les mares des fermes, de construire des égouts pour l'écoulement des eaux insalubres, etc. Et qu'on ne me dise pas que c'est chose impossible ; difficile, soit, car il est toujours difficile, au village comme dans les villes, de faire accepter des innovations qui doivent être des améliorations, mais impossible, non ; je connais plusieurs confrères qui se sont mis courageusement à la tête de ce mouvement et qui ont obtenu des résultats qui dépassaient toutes leurs espérances. Ce ne fut pas sans lutte, bien certainement, mais à force de persévérance, d'insistance auprès des conseils municipaux, qu'ils ont fait admettre leurs idées d'abord, puis les ont fait réaliser. Le jour où tous les médecins voudront prendre l'initiative de ces réformes, ils les feront certainement adopter, car elles auront pour but de faire diminuer les maladies et augmenter le bien-être des classes pauvres, qui sont toujours les plus nombreuses.

— Mais, direz-vous, où trouverons-nous le temps ? Comment nous occuper d'hygiène quand toute la journée nous avons à peine le temps nécessaire pour voir nos clients à une, deux, trois lieues de notre résidence, et même plus ? D'accord, mais, si les médecins étaient répartis comme je le désire, vos clients ne seraient pas aussi éloignés de vous, vous dépenseriez moins de temps à les visiter et il vous en resterait pour penser un peu à l'hygiène.

Ceci m'amène donc à exposer brièvement mes idées sur l'exercice de la médecine en France et, comme corollaire, sur l'organisation de l'assistance publique.

Chaque commune (ou groupe de communes quand elles sont petites et rapprochées) ayant un presbytère aura sa *maison du médecin*, Ærzthaus, comme diraient les Allemands. Dans les villes, il y aura autant de ces maisons (ou appartements) qu'il y a de prêtres. Les médecins ainsi logés aux frais des communes ou municipalités seront tenus de soigner gratuitement les indigents, de dresser la statistique médicale de leur ressort, de faire des conférences sur l'hygiène, la médecine et la chirurgie d'urgence, et autres choses que tout être civilisé devrait savoir sur la médecine. Ce serait le meilleur moyen de déraciner les préjugés populaires, si vivaces encore dans certaines contrées et qui sont les obstacles les plus solides aux progrès de l'hygiène dans nos campagnes.

Dès qu'un poste médical de ce genre serait vacant dans les campagnes, un bureau, créé spécialement dans ce but au ministère de l'intérieur, et ressortissant à la direction de l'Assistance publique et de l'Hygiène, en serait informé. Le ministre de l'intérieur (en attendant que nous ayons un ministre de l'Assistance publique et de l'Hygiène) prierait le Doyen des Facultés de médecine (il est bien entendu qu'on ne fera plus d'officiers de santé) d'envoyer à ce poste, dans le plus bref délai, un docteur (on en fait tous les jours dans nos six Facultés, qui ne savent où aller). La France médicale serait, par suite, divisée en six régions correspondant aux six Facultés de médecine. Il est probable que les jeunes docteurs feraient quelques difficultés pour se rendre ainsi à un poste assigné souvent contre leur gré ; mais le tout est de s'entendre. D'abord, le jeune médecin n'aurait rien à risquer, puisqu'il aurait le couvert et peut-être le vivre assuré. Ensuite, il serait bien sûr d'avoir un peu de clientèle pour débuter, et, pour les débutants, mieux vaut peu que beaucoup. Et puis, si le poste n'était pas assez important, il pourrait, au bout de quelques années, alors qu'il serait mûri par l'expérience, en demander un autre. Est-ce que le ministère de l'Instruction publique n'agit pas ainsi pour ses instituteurs et le ministère des Cultes pour ses prêtres ? J'en reviens toujours à l'assimilation des médecins aux prêtres, qui décidément me hante.

— Mais, aurez-vous jamais autant de médecins que vous avez de prêtres ? Je le crois, quand on instituera un doctorat de médecine pratique, qui sera moins ardu que le doctorat en médecine actuel, et qu'il y aura moins de médecins dans les villes, où beaucoup ne savent que faire. Ils en sortiront facilement quand ils sauront où aller, et c'est pour cela surtout que le ministère de l'Assistance publique leur sera utile.

Mais, alors, vous voulez faire une médecine d'Etat ? Je ne dis pas non. Mais je reviendrai sur cette question une autre fois. Permettez-moi d'y réfléchir encore.

Nous nous serions reproché de retrancher

même une ligne à cet article, malgré sa longueur ; c'est un tableau complet de l'existence du futur médecin conçu par Simplissime.

Et notre confrère est séduit par ce tableau ! C'est là ce qu'il souhaite pour le corps médical, ce qu'il soumet aux méditations du Directeur de l'Assistance publique et de l'hygiène au ministère de l'intérieur !

En vérité, c'est à n'y pas croire.

D'où sort donc Simplissime pour avoir fait un tel rêve ? pour se figurer qu'il est en communauté d'idées avec cinq seulement des malheureux médecins dout il déplorait la triste situation ?

Mais faut-il accorder à ce qui n'est sans doute qu'une joyeuse fumisterie d'un confrère en vacances une importance qu'elle ne saurait avoir ?

Nous terminerons en soumettant à Simplissime lui-même cette simple réflexion :

A un moment où on songe sérieusement en haut lieu à fonctionnariser le médecin, est-ce faire œuvre utile que de développer les paradoxes même les plus fantasques sur un sujet qui nous tient tant à cœur ?

Nous trouvons, nous, qu'il n'est jamais bon de rire quand on parle de l'indépendance du médecin.

BULLETIN DES SYNDICATS

Dix années de Syndicat.

Le Syndicat médical du Loiret vient de publier sous ce titre une brochure éminemment intéressante et que nous voudrions pouvoir mettre sous les yeux de ceux qui contestent l'utilité des syndicats médicaux.

Cette brochure n'est, on le conçoit, qu'un simple résumé dont l'impression a été décidée pour suppléer à l'absence des Bulletins annuels dont la provision est épuisée ; il n'en renferme pas moins tout l'historique du Syndicat qu'il fera revivre aux yeux des futurs membres auxquels il est destiné.

Il serait bien intéressant de voir l'exemple du Syndicat médical du Loiret, suivi par les autres Syndicats ; on posséderait ainsi un véritable livre d'or des efforts professionnels du Corps médical.

Le Syndicat médical du Loiret est départemental, mais ses membres sont répartis en quatre cercles d'arrondissement selon leur résidence.

Il est administré par un Bureau de trois membres (Président, Vice-Président et Secrétaire-Trésorier) et un Conseil syndical composé de huit délégués, soit deux par cercle.

Son fonctionnement n'est pas moins simple : les questions diverses sont étudiées d'abord dans les réunions des cercles, les résolutions prises sont examinées par le Conseil syndical et condensées en un projet unique qui est soumis à la sanction de l'Assemblée générale.

D'une telle organisation résultent des réunions assez rapprochées pour entretenir les bonnes relations confraternelles, sans que les déplacements soient trop grands. Il en résulte aussi une solidarité plus grande du corps médical pour les questions d'intérêt général.

La double délibération a l'avantage de laisser à la réflexion le temps de corriger ce que l'imprévu ou l'emballement d'un moment aurait fait décider un peu rapidement, comme elle permet d'ajouter des arguments nouveaux aux décisions qui sont confirmées.

Les cercles jouissent d'ailleurs d'un certain degré d'autonomie, ils se prononcent sur les questions purement locales, ils ont leur Bureau particulier et sur la cotisation annuelle une part leur est dévolue.

S'agit-il de difficultés entre confrères ? le bureau du cercle se pose en conciliateur, tandis que le Conseil syndical constituo le juge d'appel.

Les fonctions présidentielles ne durent qu'une année. Tous les ans, l'Assemblée générale élit un vice-président qui, de droit, devient Président, l'année suivante, mais n'est plus rééligible qu'après l'intervalle d'une année. Nos confrères paraissent très satisfaits de cette organisation intérieure : leurs statuts sont assez larges pour n'avoir pas besoin d'être révisés et les règlements qui les complètent sont votés suivant les nécessités.

Le Syndicat médical du Loiret a été fondé le 18 juin 1882 par 33 membres à l'issue d'une réunion de l'Association locale et sur l'initiative d'une commission composée de MM. Chipault, *président* ; Halmagrand, Popis, Beaurieux, *secrétaire* et Gassot, *rapporteur*.

L'année suivante (1883) il comptait 67 membres. En 1892, il en compte 96. Le personnel médical total du département étant de 136 praticiens, on voit qu'il représente plus des deux tiers, et les abstentions diminuent d'année en année.

Le Syndicat est donc en pleine prospérité comme en pleine activité. Il est facile de s'en convaincre en parcourant la brochure : on y voit que les cercles n'ont pas tenu moins de 55 réunions, quo, de leur côté, le Conseil syndical s'est réuni 20 fois et l'Assemblée générale 11.

On s'en convainc mieux encore, en lisant le résumé des discussions de chacune de ces réunions : on suit alors une même question, depuis le moment où elle est soulevée jusqu'à la solution qu'elle a reçue. On la voit discutée d'abord dans les réunions de Cercle où elle reçoit des solutions tantôt concordantes, tantôt quelquo peu divergentes ; on la retrouve ensuite devant le Conseil syndical où les décisions des cercles sont discutées à leur tour et où elle prend la forme sous laquelle elle sera soumise à l'Assemblée générale qui statue d'une manière définitive. Puis, ce sont les démarches pour assurer l'exécution, la correspondance échangée et enfin l'annonce du succès — car nos confrères ont rarement échoué.

Dès le début, c'est la question de l'Assistance publique qui est étudiée. Le Syndicat obtient presque immédiatement une réforme sérieuse qui répond aux revendications pressantes. Plus tard de petites améliorations viennent s'ajouter, en attendant la réorganisation complète que nécessitera le vote de la loi en préparation.

Nos confrères du Loiret ne seront d'ailleurs pas pris au dépourvu : après avoir examiné à fond le texte primitif du projet de loi, ils ont formulé leurs énergiques réclamations ; ils poursuivent en ce moment celles de leurs revendications qui n'ont pas encore reçu satisfaction. Ils ont fait plus, ils ont voté les grandes lignes du futur règlement dans leur département.

Que la loi soit votée, il leur suffira de quelques jours pour soumettre un projet de règlement à l'Administration départementale.

C'est que nos confrères ont compris qu'il fallait toujours aller de l'avant et que les récrimi-

nations sur les faits accomplis étaient inutiles. En présentant à l'Administration un règlement avant qu'elle-même ait eu le temps d'en élaborer un, ils ont toujours été les bienvenus. Aussi les voit-on réussir, pour l'inspection médicale des écoles dont ils provoquent l'établissement dans des conditions très satisfaisantes, pour la réorganisation de l'inspection de l'hygiène et de la santé publiques, pour l'établissement de services médicaux spéciaux aux gendarmes et aux cantonniers, pour la réorganisation du service de protection des enfants du premier âge, etc...

D'autres questions sont encore en suspens, mais elles sont énergiquement poursuivies et recevront, sans doute, pareille satisfaction.

Dans un autre ordre d'idées, nous trouvons les règlements adoptés sur la délivrance des certificats de décès réclamés par les mairies, sur les relations avec les compagnies d'assurances sur la vie ou contre les accidents, sur les relations avec certaines sociétés de secours mutuels, etc...

Le Syndicat ne s'est pas appliqué à réglementer par avance toutes les questions : il attend que ces questions se présentent, l'espèce déterminant presque toujours l'adoption de la véritable solution.

Cette manière de procéder a en outre l'avantage de toujours donner aux réunions un ordre du jour suffisant, et nos confrères ont ainsi évité l'écueil qu'ont rencontré bien des Syndicats : une réunion sans matières à discuter.

Il n'en faudrait pas conclure cependant que nos confrères du Loiret n'éprouvent jamais aucune résistance, aucune difficulté ! Certaines questions ont demandé, pour arriver à solution, six, sept, huit années ; certaines autres ne sont pas résolues et le *statu quo* persistera longtemps encore, sans aucun doute ; mais ce qui a été obtenu montre qu'avec de la ténacité et de la persévérance on peut obtenir encore davantage. L'essentiel est de conserver cette union confraternelle qui fait la véritable force.

Tous ne peuvent pas obtenir du jour au lendemain satisfaction personnelle, il faut donc de la patience—chacun aura son tour. C'est ce que paraît avoir fort bien compris le Syndicat du Loiret : nous ne voyons en effet, dans ce résumé si intéressant de ses travaux, aucune trace de conflit avec personne. Quelques difficultés, nous l'avons dit, quelques mesures défensives.... et c'est tout.

Les relations avec les administrations paraissent excellentes, et l'intervention du Syndicat dans les questions médicales semble tellement naturelle que nous voyons à diverses reprises le Préfet du département solliciter son avis ou lui soumettre les bases d'une organisation à créer.

Nous souhaiterions de semblables relations dans tous les départements.

Le Syndicat médical du Loiret a pris une initiative heureuse : chaque année, il offre au Président sortant une médaille commémorative de sa Présidence. On sait que l'Union des Syndicats a pris, l'an dernier, une décision identique. C'est encore une mesure, dont nous souhaitons la généralisation.

Enfin le Syndicat s'est constitué une réserve importante : des procès peuvent survenir et il est bon de n'être pas pris de court.

C'est donc, nous le répétons, en pleine prospérité que la dixième année d'existence laisse le Syndicat médical du Loiret. Dans de telles conditions, il est impossible de déchoir, et c'est avec pleine confiance que nous attendons la brochure qui résumera les dix prochaines années.

REPORTAGE MÉDICAL

L'application des lois élémentaires de l'hygiène n'est pas facile, à défaut de lois impératives. On a prétendu que la fièvre typhoïde régnait à *Tergnier*; que la Compagnie du Nord, justement émue, avait offert à la ville de lui octroyer gratuitement l'eau nécessaire, si elle voulait faire les frais de la canalisation et que la ville avait refusé. Le maire répond : 1° que la dépense est trop grande, par rapport à la quantité d'eau offerte ; 2° que la fièvre typhoïde n'existe pas, ou n'existe plus à Tergnier ; 3° que l'eau de l'Oise qu'on offre n'est pas suffisamment pure, etc.., Où est l'autorité compétente qui pourra prononcer en dernier ressort. On attendra le développement d'une nouvelle épidémie. Il en est ainsi à peu près partout, quand les médecins n'ont pas assez de crédit pour se faire écouter.

— M. *Stanhope* a passé huit jours à Hambourg, dans un milieu de cholériques, auxquels, sans aucune précaution prophylactique, il a prodigué ses soins, buvant de l'eau de l'Elbe, mal nourri et surmené et il n'a pas eu le choléra, plus que les médecins, les internes, les élèves des services de cholériques. A-t-il démontré l'efficacité de la vaccination *Haffkine* ?

Pour prouver que non, M. *Clère*, reporter du *Le Journal*, va à Hambourg, suivre, à la lettre, les agissements de M. Stanhope et lui n'a pas subi l'inoculation. Aura-t-il démontré la non-efficacité de la vaccination Haffkine ?

C'est aux médecins à répondre que ces très courageuses et retentissantes expériences ne prouvent pas ce qu'on veut démontrer.

L'odyssée de M. *Stanhope* s'est continuée à Berlin, où, au lieu d'une ovation et malgré la désinfection sévère à laquelle il s'était soumis, journalistes, médecins, hôtels, lui ont fermé leurs portes. A Paris on lui a donné une fête et chacun lui a serré la main, sans se croire pour cela un héros ! L'empereur d'Allemagne plaint, de tout son cœur, les cholériques de Hambourg, d'où s'est enfui le *Consul d'Angleterre*, alors que le Consul de France, en congé, s'empressait de regagner son poste.

En Russie, le Czar les visite et la Czarine embrasse les sœurs de charité mourantes. Pratiques MM. les Allemands et MM. les Anglais !

Nous donnerons le résultat de l'expérience de M. *Henri Clère* et nous faisons des vœux pour qu'il n'ait pas à souffrir de sa tentative, plus que n'en souffrent des infirmiers à si modeste salaire et des élèves en médecine qui font simplement, sans fracas, tous les jours, pendant des semaines, pour la science, le dur apprentissage auquel il va se soumettre huit jours.

— *Statistique médicale :* Le Dr Ledoux, président de la Société médicale du Doubs, a lu une curieuse statisque. En 1786, il y avait dans le Doubs, 219 mille habitants et 126 médecins : soit un médecin pour environ 1.750 habitants.

En 1889, avec une population de 274.000 habitants, on constate l'exercice de 95 médecins : soit un pour 2.880 habitants.

A Besançon en 1786, il y avait pour 30 mille habitants, 40 médecins, et en 1889, pour 60 mille habitants, on ne trouve encore que 40 médecins.

Cela prouve, que, s'ils ont diminué comme nombre à la campagne, c'est qu'ils ont, à cent ans d'intervalle, des routes et des moyens de communication qui permettent à un praticien, de desservir le double de clients.

En outre, les médecins actuels ont plus de valeur scientifique, valeur jugée par la nature du grade. Il n'y a plus de familles médicales, tant la profession est ingrate. Un seul nom de médecin se retrouve sur les deux listes de 1786 et 1889.

— *Hygiène des troupes coloniales.* — Le ministre de la marine et des colonies vient de prescrire aux chefs des corps de troupes de son département, de répandre parmi les hommes qu'ils commandent des instructions relatives aux précautions à prendre, pour une expédition dans les pays tropicaux.

Les conseils donnés aux soldats ont pour but de développer l'initiative individuelle de chacun d'eux. En temps ordinaire, ils n'ont pas à se préoccuper de leur santé d'une façon spéciale. Mais, au départ de la colonne, chaque homme devient en partie responsable de sa santé. Souvent isolé, ou par petits groupes, il n'aura personne pour le guider ; il faudra qu'il ait de l'initiative, et pour qu'elle soit intelligente, il faut qu'il connaisse les ennemis qu'il a à combattre : le soleil, la fièvre, la dysenterie.

Les prescriptions d'hygiène données aux soldats, contiennent de minutieux détails pour chacune des circonstances de la vie en campagne, pour la marche, pour les haltes, pour la nuit. Les recommandations sont simples, claires, et peuvent être comprises de tous : elles visent spécialement les précautions à prendre contre les insolations, contre les refroidissements, les soins de propreté, etc.

— Il y a quelques mois, un certain Mattéi fit grand bruit en Angleterre, en prétendant guérir le cancer avec des électricités bleues, vertes ou autres. Ses doctrines, très attaquées et très défendues, furent soumises à un comité de médecins présidé d'abord par Morell Mackenzie, puis par Lawson Tait. Les mattéistes essayèrent de se dérober, mais ne le purent, car on leur accorda toute liberté pour le choix des malades. Les résultats furent piteux, et le mattéisme enterré à la suite.

— *Médecin et peintre. Echange de services.* — Un médecin du lieu de la villégiature de *Meissonnier* est appelé en toute hâte et au lieu du maître, on lui présente, pour patient, le chien du logis. Mortifié et sans trahir sa déconvenue, il prescrit quelques soins.

Mme Meissonnier lui rend visite et le prie d'envoyer sa petite note pour le caniche : Mme Meissonnier veut absolument payer les honoraires.

Dans ce cas, répond le docteur, comme ma grille est rouillée, que M. Meissonnier lui donne une couche *de peinture* et je serai payé.

— Un *cul-de-jatte* se rend à *Lourdes* et ses voisins, apitoyés, le descendent à grand'peine et à contre-voie. L'express arrive ; émoi et fuite générale. Le plus alerte ce fut le cul-de-jatte. Le miracle était prématuré.

— *Grossesse et accouchement chez une folle.* — A la dernière session du Conseil général du Rhône, M. le Dr Masson a demandé au préfet s'il était en mesure de fournir des explications sur un fait très grave qui se serait produit à l'asile départemental de Bron. Il s'agit d'une des pensionnaires de l'asile, internée depuis cinq ans, qui aurait accouché, il y a quelques jours, d'un enfant placé aujourd'hui dans une maternité. M. Rivaud a répondu que ce fait était exact et que la justice était aujourd'hui saisie de l'affaire. Il a regretté que l'administration n'ait été avertie du fait qu'après l'accouchement ; mais en l'état actuel des choses, il croit qu'il n'y a qu'à laisser l'enquête poursuivre son cours. L'opinion et la moralité publiques recevront satisfaction.

(*Progrès médical.*)

— *La vapeur de naphte comme force motrice.* — L'*Army and navy Journal* donne le dessin de deux canots installés pour employer la vapeur de naphte comme force motrice. Dans ces canots, la machine occupe peu d'espace à l'arrière du bateau, ce qui permet de porter un personnel double de celui qui pourrait trouver place sur un canot ordinaire à vapeur ayant les mêmes dimensions : le poids des machines n'est que le cinquième de celui des machines ordinaires à vapeur, chaudière comprise ; il ne faut que cinq minutes pour être en position de marcher, et le renversement du mouvement, et l'arrêt sont instantanés ; puisque l'on n'emploie ni charbon, ni huile ; il n'y a ni fumée, ni poussière, ni cendres, ni odeur. C'est le naphte qui fournit la force motrice et le feu, pour produire sa propre vaporisation. La puissance élastique de la vapeur de naphte est plus grande que celle de la vapeur d'eau.

Vu sa légèreté, on peut se pourvoir d'une quantité de naphte permettant de faire un bien plus long parcours qu'on le pourrait avec du charbon.

(*Revue scientifique.*)



NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le Dr Lange, de Cannes (Alpes-Maritimes), membre du « Concours médical ».

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4,

Libraire-éditeur du « **Concours médical** », la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

La *Société d'Editions scientifiques*, établie sur les bases de la **Mutualité**, a pour principe de partager par moitié, entre les Auteurs et elle, *tout bénéfice* résultant de la vente des ouvrages.

Viennent de paraître

THÉRAPEUTIQUE PSYCHIQUE,

par Lloyd Tuckey, M. D., traduit de l'anglais par le Dr David, de Ligean (Aude), membre fondateur de la Société d'hypnologie. Envoi *franco* contre un mandat. — Prix : **3** fr. **50**, net **2** fr. **80** pour MM. les membres du Concours médical.

Le plan de cet ouvrage — la 3e édition vient de paraître en Angleterre — a été conçu de telle façon que la lecture en est attrayante et éminemment suggestive aussi bien pour ceux qui sont familiarisés avec la science de l'hypnotisme que pour ceux qui y sont complètement étrangers.

Avec une impartialité dont nous ne saurions assez le louer, l'auteur anglais, tout en rendant hommage aux travaux de Brain, qui donne à l'étude de l'hypnotisme une vive impulsion, déclare que Liébault est le véritable créateur de la méthode suggestive. Mettant ensuite en parallèle l'Ecole de Nancy avec l'Ecole de la Salpêtrière, il montre celle-ci s'égarant dans des considérations théoriques, alors que la première se renferme sur le terrain expérimental et pratique.

L'auteur ne fait pas de l'hypnotisme une panacée universelle ; c'est, dit-il, un auxiliaire puissant pour le médecin. M. Pitres, l'éminent professeur de Bordeaux, a émis le même avis lorsqu'il terminait une de ses leçons en disant : « Toute la médecine n'est pas dans l'hypnotisme ; soyons médecin, mais non pas hypnotiseur. »

La Pelade, son traitement, par le Dr L. Butte, in-8° de 16 pages.— Prix : **1** franc.

Cette brochure, due à la plume autorisée d'un praticien éminent, explique avec détail le procédé assez simple auquel se sont aujourd'hui arrêtés les maîtres de l'Hôpital Saint-Louis, pour la guérison de la **Pelade**.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année N° 42 15 Octobre 1892

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Le choléra à l'Académie.

A la suite du remarquable travail de M. Gibert sur l'épidémie du Havre, M. le professeur *Peter* a exposé tout au long sa théorie personnelle du choléra.

Nous savons que M. Peter a des idées un peu spéciales sur les microbes ; ses idées, qu'il qualifie lui-même d'hérésies, méritent néanmoins qu'on les résume pour la curiosité scientifique.

Pour lui, le choléra est la résultante d'une spontanéité morbide et d'un germe déjà existant dans l'intestin. MM. Roux et Rodet, de Lyon, n'ont-ils pas montré la possibilité de la transformation du bacillus coli en bacille d'Eberth ? le bacille du côlon ne peut-il pas, par ce mécanisme, produire la fièvre typhoïde ? Le choléra est *spontané, autochtone* à Paris comme dans l'Inde.

Le bacterium coli commune, sous l'influence de l'élévation de la température extérieure et de l'alimentation de mauvaise qualité, jointe à l'encombrement et à la dépravation du milieu interne, se trouve tout d'un coup transformé en un bacille extraordinairement virulent ; l'organisme produit des alcaloïdes toxiques, qui empoisonnent le plexus solaire, tout comme l'arsenic ou le tartre stibié, et empoisonnent en même temps le bacterium coli commune. C'est l'organisme du cholérique, qui donne au microbe sa malfaisance, et non le microbe, qui produit l'empoisonnement. Le bacterium coli, ainsi transformé, peut conserver sa forme ou au contraire devenir bacille virgule ; en tout cas, il est vecteur du poison cholérique et devient ainsi cholérique.

Conclusion : C'est la spontanéité individuelle, qui individualise la maladie cholérique et qui fait qu'il y a identité de cause ; tel fait la cholérine, tel autre le choléra dit nostras, tel autre enfin le choléra dit indien.

M. Peter n'ose cependant pas nier la contagiosité ; mais il affirme qu'elle est très relative.

« Pour quelle s'exerce, il faut la prédisposition aussi bien que le contact le plus direct. La preuve, c'est qu'à Paris, n'ont été frappés, que ceux qui pouvaient l'être (malheureux, alcooliques, vieillards), les riches du centre de la ville ont été épargnés. La même chose s'est produite au Havre, où la maladie a cependant sévi avec la plus grande intensité. A Rouen, ce sont des prisonniers qui sont surtout atteints ; à Bonneval, des aliénés. Ainsi pour toutes les localités envahies.

« Je ferai remarquer, en outre, que ces conditions individuelles sont moins nécessaires lorsqu'il s'agit d'épidémie de variole ou de scarlatine, ce qui m'a permis de dire que ces dernières maladies étaient plus contagieuses que le choléra.

« Il va sans dire que les agents de transmission les plus actifs, sinon les seuls actifs sont les déjections des cholériques, et c'est pour cela que les blanchisseuses peuvent être contaminées plus facilement que leurs clients. D'ailleurs, les blanchisseuses, d'habitude, sont loin d'appartenir à la classe riche ».

Quant à la nature épidémique, que prend subitement la maladie, dans certains cas, M. Peter l'attribue aux modifications du milieu ambiant, surtout à celles de l'atmosphère, tout comme la grippe sporadique devient à certaines époques l'influenza épidémique.

M. Proust combat la manière de voir de M. Peter ; mais, à notre sens, il ne fournit pas d'arguments sérieux.

Le rapport de M. Gibert nous semble beaucoup plus précis et mieux en opposition avec les doctrines de M. Peter. Comment le linge souillé des déjections cholériques peut-il engendrer le choléra chez des personnes absolument saines, si la maladie n'est due qu'à un empoisonnement produit par des ptomaïnes formées dans l'organisme lui-même ? Que le bacille virgule soit vecteur ou générateur de poisons, que nous importe, si son introduction dans le tube digestif produit le choléra.

En somme, le problème ne paraît pas encore

prêt d'être résolu. M. Peter embrouille la question plus qu'il ne l'éclaircit.

Quelques chiffres curieux sur la circulation du sang.

Si l'on compte en moyenne 70 pulsations par minute, on voit qu'en vingt-quatre heures, il y a $70 \times 60 \times 24 = 100.800$ systoles cardiaques. Si l'on veut savoir combien de fois une molécule donnée du sang parcourt en 24 heures le cycle total de la circulation, il faut se borner à des évaluations approximatives. M. Mathias Duval, considérant que chaque systole du ventricule gauche lance dans l'aorte environ 180 grammes de sang, et que la masse totale du sang est de 5 kilogrammes, conclut qu'il faut 25 à 30 pulsations, pour qu'un globule parti du ventricule gauche y revienne. Le sang parcourt donc le cycle circulatoire total environ 2 fois par minute, ou $2 \times 60 \times 24 = 2.880$ fois en 24 heures. Quant à la vitesse du sang dans les vaisseaux, rappelons qu'elle est de 0 m. 001 par seconde dans les capillaires de la grenouille ; à l'origine de l'aorte, où elle atteint son maximum, elle ne dépasse pas 0 m. 50.

Transformation de la variole en vaccine.

Il est question depuis plusieurs années dans les instituts vaccinaux de Carlsruhe, de Hambourg, de Genève, d'essais de transformation de la variole en vaccine ; plusieurs fois déjà ces essais ont échoué (Rapport de M. Chauveau à l'Académie de Médecine). Il paraît néanmoins que M. le Dr *Fischer*, de Carlsruhe, est parvenu définitivement, en prenant certaines précautions, à transformer la lymphe variolique de l'homme en lymphe vaccinale parfaitement légitime. Voici comment il a procédé :

« Dès que les premières pustules se montrèrent chez les varioleux, j'en recueillis le contenu en les raclant fortement à l'aide d'une lancette neuve, et en les conservant entre deux plaques de verre stérilisées. Je continuai ainsi plusieurs jours de suite, jusqu'au moment où les pustules commencèrent à devenir purulentes. Je mélangeai ces virus de différents âges, et j'inoculai ce mélange à mes animaux.

« C'est là le premier caractère de mon procédé. Le second consiste en ce que je n'emploie pas seulement la partie liquide des pustules, mais la substance tout entière de pustule raclée à fond, pour l'inoculer à la génisse ou pour la propager.

« En troisième lieu, je tâche de me procurer sur la génisse des surfaces de contact aussi vastes que possible, en pratiquant des incisions cruciales et des scarifications plus grandes que de coutume, puis je fais pénétrer avec le plus de soin et de force possibles mon mélange virulent, additionné d'un peu de glycérine, dans le terrain ainsi préparé pour l'ensemencement.

« Sur les animaux objets de mes expériences (génisses de quatre à six semaines), il se produit sur la plupart des surfaces inoculées de vraies pustules et surtout des vésicules ombiliquées (pas de nœuds, nodules ou papules), qui ont tout à fait l'aspect et le caractère des vraies vésicules jennériennes. »

Les conclusions de son travail, données par la *Semaine médicale*, sont :

1° Sur l'*animal*, les inoculations de variole ont donné, des vésicules bien formées et ombiliquées, c'est-à-dire des pustules typiques (et non des nodules, papules Chauveau), telles qu'on ne les rencontre que dans la vaccine ;

2° Depuis lors, la souche ne s'est pas éteinte sur la génisse, mais la propagation a été également typique et localisée ;

3° Sur l'*homme*, la lymphe variolo-vaccinale, après avoir été cultivée par le passage à travers

FEUILLETON

Assurance médicale anglaise.

État actuel et progrès accomplis.

Londres, le 8 octobre 1892.

La Société médicale d'assurances contre la maladie et sur la vie, fondée il y a neuf ans et dirigée par bon nombre d'hommes éminents dans la médecine, prospère de plus en plus. A la dernière réunion M. le président n'eut qu'éloges à faire et, en présentant le dernier rapport, annonça avec plaisir les progrès récents accomplis. Il est fort probable que certains avantages seront offerts aux nouveaux membres, car il est question de mettre à profit le surplus de la première période quinquennale et de s'occuper des projets qui se sont accumulés.

Depuis 1884, l'année de la fondation de la Société, il a été payé aux membres atteints de maladie 17,202 livres sterling, 2,850 livres pour décès, et la Société a accumulé un fonds de réserve montant à près de 60,000 livres.

La direction de la Société est placée entre les mains d'un comité, élu annuellement, par les membres, qui donne ses services gratuitement ; les dépenses s'élèvent à moins de 4 % du montant des primes, résultat d'autant plus satisfaisant que l'organisation de la Société est plus compliquée que celle des Sociétés ordinaires d'assurances, qui dépensent elles de 20 à 30 %, car la Société médicale fait un grand nombre de paiements en petites sommes et la correspondance et le travail du secrétaire sont plus considérables que dans les autres Sociétés de ce genre.

Le nombre des cas de maladie secourus par la Société depuis sa fondation se monte à 1,186 et le nombre d'accidents à 135 ; fait inattendu et remarquable.

M. Hart est d'avis que l'on ajoute le mot « accidents » au titre de la Société, car les accidents sont considérés comme maladies, et plus de 10 % des débours se rangent au chapitre ou au compte des accidents. Ceci s'explique par le fait que le médecin, à la campagne, est obligé de voyager en voiture ou à cheval, souvent pendant la nuit ; ce qui l'expose à toutes sortes de risques.

Les cas suivants, choisis parmi un petit nombre ayant fait de larges demandes sur les fonds de la Société, sont surtout intéressants et par le caractère subit et imprévu de la maladie, et par son incidence parmi les membres les plus jeunes ; ils fournissent une raison incontestable pour ne pas s'abstenir d'adhérer à la Société sous prétexte que l'on est jeune, ou que l'on est en bonne santé.

au moins trois générations de génisses, a donné lieu également à une vaccine bénigne localisée, avec pustules caractéristiques ombiliquées.

Elle a été inoculée depuis avec succès à plusieurs milliers de personnes et n'a jamais provoqué d'éruptions générales, ni de phénomènes rappelant son origine variolique.

Ces expériences démontrent donc d'une manière péremptoire que la variole humaine, par son inoculation à l'espèce bovine, se transforme en vaccine et que les deux virus sont par conséquent identiques.

Les indications de l'acide lactique.

Depuis l'épidémie cholérique, on parle beaucoup dans les différentes méthodes de traitement de cette maladie, d'un médicament préconisé en 1886 par MM. *Hayem* et *Lesage*, à la suite d'études bactériologiques, sur la diarrhée verte des enfants. Ce médicament c'est *l'acide lactique*. Depuis les premières recherches, l'acide lactique a été reconnu excellent contre les vomissements de la dyspepsie infantile, contre le choléra infantile en général, enfin contre toutes les diarrhées cachectiques, des cancéreux et des tuberculeux. Le képhir, qui est un lait fermenté contenant de notables proportions d'acide lactique, est ainsi un excellent moyen thérapeutique à employer contre les diarrhées cachectiques.

Toutefois, hâtons-nous de le dire, il arrive en ce moment pour l'acide lactique ce qui arrive généralement pour les médicaments à la mode. On l'administre à tort et à travers, sans aucune règle de conduite. C'est, croit-on, pour le moment, la panacée contre toute diarrhée. Or, comme toujours en pareil cas, il y a beaucoup d'erreur dans cette manière de procéder. Aussi, lorsqu'on aura donné un grand nombre de fois l'acide lactique sans succès, parce qu'on n'aura pas compris ses indications, l'abandonnera-t-on brusquement, sans la moindre raison, à notre sens. L'acide lactique est excellent contre les vomissements dyspeptiques des enfants nouveau-nés. Il est également, parfaitement indiqué contre le choléra et les diarrhées cholériformes du bactérium coli commune. Mais, il ne faut jamais oublier que dans ces dernières affections, il est nécessaire de le donner à très forte dose, 15 à 20 grammes en 24 heures, pour en saturer, autant que possible, le contenu de l'intestin. En ce qui concerne la diarrhée verte des enfants, il est absolument important avant d'administrer l'acide lactique, de faire le diagnostic exact de la nature de cette diarrhée.

Tout d'abord, les selles vertes des enfants ne sont pas produites par les mêmes causes. Les unes sont bilieuses ; les autres sont microbiennes. Les premières se rencontrent chez les bébés de quelques jours à 2 mois ou 3 mois. Lorsqu'elles viennent d'être émises, elles sont jaunes, et ne verdissent qu'à la longue, principalement sous l'influence de la lumière. Ce sont des pigments biliaires : ajoutez quelques gouttes d'acide nitrique sur la couche, qui a reçu les matières, vous aurez aussitôt la coloration violette et rouge caractéristique de la présence de ces pigments (biliverdine, bilirubine). Généralement les enfants dans ce cas, ont les téguments légèrement jaunâtres ou du moins leurs conjonctives ont un teint subictérique, et leur foie est volumineux.

Les secondes sont fréquentes chez les enfants au lait à partir de 4 ou 5 mois, absolument exceptionnelles avant cet âge. Elles sont vertes, ou vertes et blanches, mélangées de jaune ; dès le moment de leur émission, elles ont cette coloration et ne changent pas à l'air. L'acide nitrique ne fait pas varier cette coloration verte sur les couches. C'est qu'ici, il ne s'agit plus de pigments biliaires.

Obs. 1. — Un homme âgé de 34 ans fut un des 300 premiers membres qui adhérèrent à la Société en 1884 ; une prime d'environ 85 francs par trimestre devait lui assurer 105 francs par semaine en cas de maladie et une annuité de 1,250 francs (à l'âge de 65 ans). A cette époque sa santé était excellente et il n'avait jamais été malade ; l'examen médical ne révéla aucun signe morbide. Quinze mois, après, apparurent les premiers symptômes de l'ataxie locomotrice. A l'époque actuelle (août 1892) le montant de la somme totale qu'il a payée en primes à la Société est de 2,000 francs ; il a déjà reçu près de 22,000 francs pour 384 semaines de maladie, et en cas de survie, il a droit à 25 fr. 50 par semaine pendant les 23 années à venir, plus une annuité de 1250 francs en atteignant l'âge de 65 ans.

Obs. 2. — B. fut élu membre de la Société au mois de décembre 1884 à l'âge de 29 ans. Une prime de 33 francs par trimestre lui assurait en cas de besoin 79 francs par semaine. Sa santé aussi était excellente. Mais en 1885 il fut atteint d'une maladie nerveuse qui l'a complètement rendu incapable depuis. En primes il a payé jusqu'ici environ 1,000 francs et il a reçu 9,625 francs pour 219 semaines de maladie ; de plus, il a droit, en cas de survie, à 39 francs 50 par semaine pendant 29 années, sans annuité à payer.

Obs. 3. — C. est un jeune médecin, qui devint membre en 1886 à l'âge de 32 ans ; une prime de 50 francs par trimestre lui assurait 105 francs par semaine en cas de maladie. Quoiqu'alors en excellente santé, quelques mois plus tard, il fut frappé d'une néphrite aiguë suivie d'albuminurie chronique qui l'a obligé d'abandonner l'exercice de sa profession. En tout il a reçu de la Société plus de 10,000 francs ; le montant des primes s'élevant à 1,500 francs, cela fait une balance en sa faveur de 8,500 francs ; de plus, il a droit à 52 francs 50 c. par semaine pendant sept années.

On pourrait citer d'autres faits analogues.

En comparant les résultats de la dernière année avec ceux des années précédentes, on voit que le nombre des membres augmente d'une manière satisfaisante, si l'on tient compte surtout de ce qu'il n'y a aucun frais d'annonces, d'agence, etc., les recommandations des membres et les colonnes du *British medical Journal* offrant la publicité nécessaire. Le nombre actuel est de 1232.

Le caractère imprévu des maladies est surtout instructif. Sur 234 chomages, 123 sont des cas de grippe, 21 accidents, 16 de rhumatisme articulaire, 14 de catarrhe, 18 de bronchite, 5 de pneumonie, laissant une faible proportion de cas de maladie constitutionnelle ou chronique, et indiquant en outre la valeur de la déclaration préli-

M. Lesage a démontré que cette couleur verte est produite par des colonies microbiennes ; ce sont les bacilles de la diarrhée verte, excellents amis des bacilles virgules du choléra et par conséquent fort dangereux, puisque si on les laisse proliférer à leur aise, ils ne tardent pas à introduire les bacilles du choléra et à fraterniser avec eux.

Or, c'est contre ces bacilles verts de Lesage qu'on doit administrer l'acide lactique ; car il les tue immédiatement, eux et leurs spores. Que ferait cet acide contre une trop grande production de bile, contre l'émission d'une quantité anormale de biliverdine dans les selles ? il est certain que l'administration de l'acide lactique contre les diarrhées bilieuses est absurde. Ce sont les alcalins, le calomel, et non les acides, qui sont alors indiqués. Et cependant, nous venons encore, ces jours-ci, d'avoir l'occasion de vérifier que plusieurs médecins ignorent complètement ces principes. Un enfant de 3 semaines ayant, depuis plusieurs jours des selles vertes, franchement bilieuses comme nous l'avons constaté, le médecin avait prescrit l'acide lactique. Qu'en est-il résulté ? L'enfant a continué à faire vert, il a maigri de plus en plus, s'est athrepsié, enfin le mucus buccal n'a pas tardé à devenir fortement acide et le muguet ne s'est pas fait longtemps attendre. L'eau de chaux et le bicarbonate de soude associés à un bon lait de nourrice eût rétabli promptement le bébé.

Le traitement de la blennorrhagie

Au Congrès de dermatologie et de syphiligraphie de Vienne, M. *Neisser*, l'auteur de la découverte du gonocoque, est venu confirmer les théories modernes sur l'origine blennorrhagique des pelvi-péritonites, métro-salpingites et ovarites chez la femme. Les conclusions, qu'il faut retenir de sa communication, sont les suivantes :

1º Que le virus gonorrhéique et les processus pathologiques provoqués par lui ne restent pas localisés sur les parties de la muqueuse primitivement infectées, mais que :

a. Chez l'homme l'urèthre postérieur, difficilement accessible au traitement, et de là le cordon spermatique et l'épididyme (danger d'azoospermie) peuvent être atteints et qu'il peut survenir des complications du côté de la prostate, de la vessie, etc. ;

b. Chez la femme, l'utérus, les trompes, les ovaires et les feuillets enveloppants du péritoine peuvent participer à l'affection ;

2º Que le virus gonorrhéique, dans les phases ultérieures, envahit les couches profondes de l'épithélium.

De cette extension dans les deux sens, en surface et en profondeur, il résulte que le virus peut se maintenir pendant des mois et des années en des points difficilement ou pas du tout accessibles, c'est-à-dire qu'il peut se former une source chronique d'infection.

Par conséquent, c'est seulement dans les premières phases que le virus se trouve en des points assez accessibles (chez l'homme, l'urèthre antérieur ; chez la femme, l'urèthre et le col) et dans des couches épithéliales assez superficielles pour que le traitement soit facile et puisse être fait chez l'homme par le malade lui-même (justement à cause de l'extension considérable de la maladie).

Le traitement de la blennorrhagie doit donc avoir en vue d'empêcher une uréthrite antérieure de se transformer en uréthrite postérieure, une gonorrhée aiguë en une gonorrhée chronique. Il doit par suite être institué aussitôt que possible après l'infection, mais seulement dans les conditions suivantes.

Le but est de tuer le gonocoque, sans aug-

---

minaire et de l'examen médical. Quoiqu'il y ait eu une épidémie de grippe l'hiver dernier, le nombre des maladies et les sommes versées n'ont pas atteint les prévisions.

Lors de la fondation de la Société, le maximum d'assurance contre la vie était de 5,000 francs. Ceci est une somme d'importance pour un ouvrier ; mais dans le cas d'un médecin qui désire laisser quelque bénéfice à sa femme ou à ses enfants, c'est insuffisant. La Société ayant accumulé un capital de réserves de 60,000 livres (1,500,000 francs) il est maintenant question d'augmenter l'assurance, et un actuaire doit être consulté à cette fin.

Les chiffres ci-dessous donnent sous forme tabulaire l'augmentation annuelle du capital de réserve :

	livres
1884-85	4998
1885-86	4897
1886-87	6314
1887-88	7049
1888-89	7866
1889-90	7893
1890-91	8306
1891-92	8135

La Société en général n'admet que les risques de première classe, c'est-à-dire avec antécédents favorables et ne présentant pas de signe de maladies organiques ; cependant dans quelques cas exceptionnels certains risques sont acceptés avec augmentation de la prime. Exemples :

1) A..., âgé de 30 ans. Un accès de rhumatisme articulaire de 6 semaines de durée à l'âge de 25 ans. Pas de rechute. Le cœur ne présente aucun signe morbide. Accepté avec addition de 7 années, c'est-à-dire, doit payer la prime de 37 ans.

2) B..., âgé de 32 ans. Pneumonie lobaire à l'âge de 24 ans, de 3 semaines de durée. Père et frère morts de phtisie. Accepté avec addition de 3 années.

3) C..., âgé de 33 ans. Après une attaque de grippe, il y a un an eut une congestion pulmonaire et un peu de pleurésie. Mère et sœur mortes de phthisie. L'examen médical ne révèle aucun signe de maladie. Doit payer la prime de 39 ans.

4) D..., âgé de 25 ans. A l'âge de 16 ans fut atteint de rhumatisme aigu de 3 semaines de durée. Pas de rechute. Accepté avec addition de 4 années.

A la dernière réunion de la Société, M. le Dr Smith a proposé d'abroger cette pratique comme exposant la Société à trop de risques, et il est fort probable que cette question donnera lieu à une discussion animée lors de la prochaine réunion.

Dr Macevoy.

menter l'inflammation, et sans léser la muqueuse elle-même.

Le nitrate d'argent est le véritable spécifique, qu'il faut manier prudemment. Le sublimé chaud au 1/2000, est excellent aussi au début.

La meilleure méthode de traitement (précoce, antibactérien) est l'irrigation fréquente de l'urèthre, pour atteindre autant que possible toutes les parties de la muqueuse uréthrale qui est fortement plissée.

Chez l'homme, pour des raisons pratiques — à cause de l'extension considérable de la maladie — l'irrigation doit être remplacée généralement par des injections faites avec soin à l'aide d'une grosse seringue bien construite.

Chez la femme, outre les irrigations et les injections, on aura recours à des procédés mécaniques (essuyage de l'urèthre et du col.)

Le traitement interne (balsamiques, etc.) est inutile. Seuls, les moyens antiphlogistiques et l'abstention d'aliments excitants et alcooliques, sont éminemment utiles. Il faut continuer longtemps le traitement, mais sous une forme atténuée; *le point important n'est pas la rapidité de la guérison*, mais la certitude microscopique de la disparition des gonocoques et de leur virulence.

Le traitement de la gonorrhée de la femme est beaucoup plus difficile que celui de la gonorrhée de l'homme.

Sans l'examen microscopique continuel de l'exsudat, il est impossible de se rendre compte du résultat thérapeutique.

Le traitement de la gonorrhée récente de l'uréthre et du col doit être fait aussi tôt que possible et d'autant plus énergiquement que l'infection de l'utérus, des trompes, des ovaires, du péritoine, qui se produit sans cela, exige un traitement extrêmement pénible et dont le succès est très problématique. Des opérations sérieuses sont bien souvent la seule ressource.

Le réflexe pharyngien et le réflexe rotulien.

L'importance attribuée à l'existence ou à l'absence des réflexes pharyngien et rotulien, est, paraît-il, très relative. MM. *Mossé* et *Pitres* ont prouvé au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, que nombre de personnes absolument bien portantes et non en puissance d'ataxie locomotrice, ne possédaient pas de réflexes rotuliens. D'autre part, les hystériques ne sont pas les seuls qui aient de l'anesthésie du pharynx ; il faut donc faire justice de ces soi-disant signes d'affections nerveuses. L'anesthésie du pharynx surtout est un phénomène, dont on a exagéré la valeur, car pour bien des médecins, il était suffisant pour affirmer l'existence de l'hystérie chez les personnes, qui étaient atteintes de cette anesthésie. Peut-être verra-t-on un peu moins d'hystériques lorsqu'on n'attribuera plus aucune valeur à ce prétendu symptôme.

Incubation de la rougeole.

La rougeole est-elle contagieuse à longue échéance ? M. Grancher, M. Bard prétendent que les germes rubéoliques sont d'assez courte durée pour ne point redouter l'infection persistante des locaux et des objets à l'usage des malades. Les mesures de désinfection sont donc inutiles contre cette maladie ? Tel n'est pas l'avis des médecins militaires. M. Colin, MM. Czernicki, Sudour, Louis, ont rapporté des cas de contagion de rougeole tardive, l'un au bout de vingt-deux jours, l'autre au bout de près d'une année ; les locaux habités par des rubéoleux antérieurement et désinfectés à l'acide sulfureux sont incriminés par ces médecins. Où est la vérité ? Cela est difficile à savoir ; mais il paraît au moins prudent de ne pas traiter à la légère les germes rubéoleux.

La persistance de ces germes se produit parfois, sinon toujours, dans des conditions indéterminées. Donc, la désinfection doit être rigoureusement appliquée.

La durée de l'incubation est un peu mieux fixée. Pour M. *Sevestre* et M. *Gillet*, la durée de l'incubation est de 8 à 9 jours, et l'éruption apparaît généralement treize à quatorze jours après le moment de la contagion. M. *Sudour* donne à peu près les mêmes chiffres pour les adultes militaires.

Les conclusions qu'en tire M. *Ch. Eloy* sont les suivantes :

Pendant une épidémie de rougeole, les *douteux* (catarrhe sans éruption) seront isolés 5 à 6 jours.

Les *suspects* (ayant été en contact avec des rubéoleux) seront surveillés pendant quinze jours après le moment où ils auront quitté les rubéoleux.

Temps pendant lequel les aliments séjournent dans l'estomac.

I. — (H. Croce)

	h.	m.
Pommes	1	55
Cerises (cuites)	2	»
— (crues)	2	15
Pommes de terre (bouillies	2	5
— (purée)	2	30
Chou-fleur (bouilli)	2	20
Pain de seigle	2	30
Raifort	2	40
Biscuits	2	50
Chou	3	»
Epinard	3	30
Haricots	3	55
Lentilles	4	»
Pois	4	»

II. — (Rosenheim)

	h.	m.
Riz	1	»
Œufs (crus)	1	30
Viande de lièvre (bouillie)	1	45
Lait (cru)	2	»
Pain	2	»
Haricots	2	30
Pommes de terre	2	30
Huitres	3	»
Poisson	3	»
Œufs (à la coque)	3	»
Rôti de porc	4	»
Rôti de bœuf	4	»
Pain bis	4	»
Chou	5	»
Œufs (durs)	5	»

III. — *Influence de l'acide chlorhydrique, de l'alcool et d'autres condiments sur le séjour des aliments dans l'estomac.*

L'acide chlorhydrique accélère la digestion stomacale (de 10 %), de même que l'alcool en petite

quantité (jusqu'à 55 centimètres cubes d'alcool), l'alcool en plus grande quantité (1 litre de vin ou de bière) n'influence en rien la durée de la digestion ; la digestion est aussi activée considérablement par la moutarde, d'une manière peu sensible par le poivre et le condurango et nullement par la teinture de rhubarbe. Boit-on pendant les repas 1 litre 1/2 d'eau, la digestion stomacale en est notablement retardée.

Les indications de ces tableaux sont, bien entendu, relatives et varient dans une proportion notable, selon les individus et les âges.

MÉDECINE PRATIQUE

Le mercure dans la syphilis.

Le but de notre étude n'est pas de chercher quelle est la meilleure forme sous laquelle il convient d'administrer le mercure, et par quelle voie il le faut introduire dans l'organisme, voie pulmonaire avec les vapeurs mercurielles, cutanée avec les frictions, les bains, les emplâtres, sous-cutanée par les injections de sels solubles ou insolubles, buccale avec la foule des préparations hydrargyriques usitées. Cette étude, qui serait très intéressante au point de vue pratique, doit, à notre avis, être précédée par une autre qu'on peut intituler d'une façon plus précise : « *Faut-il donner le mercure dans la syphilis ? Avec quel esprit et quelle espérance doit-on le donner ?* »

Il n'y a plus à l'heure actuelle d'antimercurialistes. Personne ne nie plus les services que peut rendre le mercure dans la syphilis. Et cependant il y a encore trois courants d'idées, trois écoles ayant des opinions différentes sur la façon dont il faut donner ce médicament spécifique. Ces divergences de vues tiennent à des conceptions opposées sur la nature et l'évolution de la maladie, et sur le rôle que peut remplir le mercure.

Pour une école, dont Lancereaux et Diday sont en France les représentants les plus autorisés, la syphilis est une maladie qui tend spontanément à la guérison, et l'on doit la traiter simplement par des soins hygiéniques, en réservant pour les cas graves la médication spécifique. Diday formule cette règle d'une façon très simple : hygiène et pas de spécifiques dans la syphilis décroissante ; dans la syphilis progressive, les spécifiques, sans omettre l'hygiène. A l'appui de cette doctrine, citons les expériences faites par un médecin allemand ; trois séries de syphilitiques, aussi semblables que possible, furent soumises à trois traitements différents ; les uns étaient traités par l'iode, d'autres par le mercure, les autres par l'expectation ; la moyenne du temps nécessaire pour la guérison fut à peu près la même dans les trois séries, un peu plus courte cependant avec l'iode, un peu plus longue avec l'expectation. De plus Zeissl prétend que les récidives, et surtout les accidents graves sont rares, et notamment plus rares qu'après une cure mercurielle précoce. Et en effet, quoiqu'il paraisse logique de poursuivre énergiquement, dès le début, le virus, qui est à petites doses dans l'organisme, « cependant il résulte d'observations bien prises, que des syphilitiques traités à la première période s'en sont très mal trouvés ; il y a eu des lésions bucco-pharyngées rebelles, des accidents tertiaires précoces portant notamment sur le système nerveux. » (1)

Malgré ces expériences et ces faits cliniques, les opinions de cette école ne sont généralement pas admises en France, où l'on est plutôt partisan du traitement médicamenteux comme méthode générale.

Mais ici, il y a encore deux opinions en présence : les uns, à la tête desquels se trouve M. le professeur Fournier, préconisent un traitement permanent ; les autres ne donnent le mercure qu'au fur et à mesure des indications, ils sont *opportunistes* ; tandis que les premiers sont systématiques et *radicaux*.

La première de ces deux écoles, école systématique, est tout à fait opposée à la méthode d'expectation. On sait, disent ses partisans, ce qu'est une syphilis faible, on ne sait pas ce qu'elle sera dans l'avenir ; et seul, le traitement antisyphilitique suffisamment énergique et prolongé donne des chances sérieuses de diminuer les dangers éloignés de la période tertiaire. Rien ne prouve que les accidents tertiaires ne soient jamais la conséquence d'un traitement antisyphilitique antécédent, l'observation démontre au contraire qu'elles sont surtout le partage de ceux dont la vérole n'a pas été traitée, ou l'a été d'une manière insuffisante.

Le but de cette méthode est donc, non seulement de guérir rapidement les accidents actuels, mais surtout d'opposer un traitement prolongé à une maladie chronique, dont les suites éloignées sont souvent les plus terribles. « La durée du traitement, dit M. Fournier, fait plus que la dose totale du remède absorbé ; une cure prolongée donne seule des garanties pour l'avenir. » Le professeur préconise la *méthode des traitements successifs*. Il donne le mercure dans les deux premières années pendant deux mois, six semaines, un mois de suite avec des repos d'une longueur inverse, un mois au début, puis six semaines, deux mois, de sorte qu'au bout de deux ans il y aura environ dix mois de traitement, et quatorze mois de repos. L'iodure est associé ou substitué au mercure, vers la fin de la seconde année, et donné seul dans la troisième année. Il ne faut pas que le traitement soit moindre de trois ou quatre ans. Et M. Fournier conclut que, réserves faites pour quelques cas exceptionnels qui déjouent les efforts de la thérapeutique, on peut dire que les syphilis traitées avec méthode, énergie et persévérance, n'ont pas de périodes tertiaires.

C'est cependant cette action préventive, si puissamment affirmée, qui est mise en doute par les partisans de la méthode opportuniste. M. Mauriac prétend que l'action préventive des médicaments spécifiques est très inférieure à leur action curative, si tant est qu'elle existe. Hutchinson dit que les observations cliniques prouvent que le mercure est un remède très puissant contre les inflammations syphilitiques, mais qu'il n'agit pas comme antidote du virus syphilitique ; il ajoute qu'il n'est pas prouvé que le mercure tende à abréger la durée ou à diminuer la gravité de la période secondaire et des accidents tertiaires, et déclare ne pouvoir se prononcer sur la fréquence relative des symptômes tertiaires, en comparant les effets de l'expectation et du traitement antisyphilitique.

(1) Cours inédit de M. le professeur Hayem.

CORRESPONDANCE

(*Suite*)

la tâche, de longue haleine, que nous vous sommes imposée depuis 1879. Nous n'aurions certes pas persévéré, si nous ne recevions souvent la preuve que la voie que nous suivons est bien professionnelle et que le *Concours médical* a comblé une lacune qui existait dans les diverses Sociétés destinées à protéger nos intérêts et à tracer les voies les plus favorables pour la profession.

Dr C. — Rapportez-vous aveuglement et en toute sécurité à ce que vous demande la Cie le Phénix; ce mode de faire est imposé par les circonstances, à tous ceux qui veulent bénéficier des réductions que nous avons obtenues d'ancienne date, sur les primes d'assurances contre l'incendie. On ne peut procéder autrement.

Dr D. — Nous avons inséré votre avis ; mais croyez-en notre expérience ; subordonner la cession d'une clientèle à la vente de la maison, est une façon de procéder illusoire et qui ne réussit jamais. Un médecin ne veut pas se lier ainsi à une clientele à laquelle il peut ne pas convenir. Il suffit de louer, avec promesse de vente. — Nous modifierons selon vos instructions.

Dr P., au M. — Sûrement les séances d'électrisation constituent des soins médicaux et ne peuvent être dénommées différemment. Si votre cliente a droit, de par les statuts de la Société de secours mutuels, acceptés par vous, aux soins médicaux, vous ne pouvez rien lui réclamer ; il fallait stipuler d'une façon spéciale, avec elle, pour les 25 séances d'électrisation. En tout cas il faut faire reviser les statuts de cette Société.

Dr F. (Vaucluse). — Nous serons satisfaits de vous rendre service.

Dr C. (Vendée). — On note que notre ami le Dr M. est nommé délégué du syndicat pour l'Assemblée générale du 27 novembre. Compliments empressés.

M. B., méd. (Somme). — Vous voulez devenir agent général d'une Compagnie d'assurances sur la vie. Si vous avez un intérêt considérable à accepter cette situation, nous ne voyons pas pourquoi vous la refuseriez. Mais, dans ce cas d'acceptation, il est incontestable qu'il s'élevera des difficultés. Un de vos clients à eu

SERVICE DES NOURRICES SUR LIEUX

Quand on désire, dans le but de rendre service à une nourrice, lui procurer une nourriture sur lieux, dans la famille d'un nourrisson, il suffit de remplir un des bulletins que nous envoyons dans ce but et de l'adresser à l'Administrateur du *Concours médical*, 23, rue de Dunkerque. (Lui en réclamer, si on n'en possède pas.) Ce bulletin rempli, la nourrice doit se procurer : 1° Un certificat médical que délivre le médecin-inspecteur des enfants en bas âge, constatant son aptitude comme nourrice ; 2° un certificat du maire de sa commune que lui délivre le secrétaire de la mairie. Alors elle attend d'être avisée par Madame Monod qu'elle peut partir. Dès son arrivée, Madame Monod, directrice du service de placement de nourrices du *Concours médical*, rue Pascal, 13, après avoir rempli les formalités administratives, s'occupe de lui trouver une famille. Mais la postulante peut attendre plusieurs jours, avant d'être placée ; car cette éventualité dépend de sa physionomie, de ses aptitudes nourricières et aussi des caprices des familles. Ces délais sont dans la nature des choses.

En ce qui concerne les **nourrissons au sein à emporter** *en province et les* **nourrissons au biberon**, *nous avons dit, à bien des reprises, depuis plusieurs années, que nous avions renoncé à ce* **service** *qui a présenté trop de difficultés lorsque nous l'avons pratiqué pendant deux années.* **Donc ne pas remplir de bulletins en vue de nourrisson au sein à emporter,** *et* **nourrisson au biberon.**

un accès d'épilepsie dont vous avez été témoin. Il se croit guéri ; il n'a plus eu de manifestations de son mal depuis longtemps. Il vous demande un certificat et vous êtes le défenseur des intérêts de la Compagnie. Quelle sera votre conduite ? Donc, vous devrez refuser de délivrer des certificats à tous vos clients. Quant à ceux qui ne le sont pas, vous serez encore embarrassé. En somme, devenant assureur, vous devriez renoncer à examiner les propositions et ne délivrer des certificats à personne.

Dr P. D., à C. (Indre). — Nous sommes heureux de vous avoir obligé. Nous avons peu de membres du Concours dans votre département. Vous est-il bien difficile de nous en procurer ? Nous comptons sur votre zèle.

Dr R., 2615. — Nous ne pouvons que vous répéter : « le privilège de dernière maladie s'exerce, après les frais de justice et funéraires, sur les meubles d'abord et ensuite sur les immeubles du débiteur, de préférence aux créanciers hypothécaires et au privilégiés, sur les immeubles sans nécessité d'inscription ». La réponse est catégorique et *même si l'hypothèque a été prise plusieurs années avant la dernière maladie*. L'ancienneté de l'hypothèque n'y fait rien ; il n'existe quelques décisions contraires qu'au sujet du privilège du propriétaire sur les meubles. Nous n'en connaissons pas au sujet des créances hypothécaires.

La conclusion de cette doctrine, c'est qu'il est inutile de donner un traitement mercuriel prolongé ; il faut attaquer les accidents par les spécifiques, soit l'un ou l'autre, ou les deux, selon la durée et l'importance des accidents ; mais quand tout symptôme a disparu, il faut laisser reposer l'organisme et suspendre la médication spécifique.

Voilà donc des affirmations et des doutes absolument contraires, basés les uns et les autres sur des faits cliniques et sur des déductions paraissant absolument logiques. Et le médecin qui, sincèrement, fait la critique de ces doctrines diverses, se trouve fort embarrassé de choisir une voie dans ce carrefour. Pour arriver à résoudre ce problème, examinons d'abord l'action du mercure sur l'organisme.

Que devient le métal, une fois absorbé, c'est-à-dire entré dans la circulation ? Le mercure ne fait pas que traverser l'organisme ; il y reste un certain temps ; il a été signalé dans tous les organes, surtout dans le foie et les reins ; c'est dans les muscles et le cœur qu'on en trouve le moins. On le retrouve également dans toutes les voies d'excrétion, dans l'urine, dans la bile, dans l'épithélium buccal et la salive ; sa présence dans le lait n'est pas douteuse, mais les quantités en sont très faibles ; il s'élimine également par la sueur comme le prouve l'amalgame des bagues chez les syphilitiques, qui ont suivi un traitement.

Quel est le temps de séjour du mercure dans l'organisme ? Après une seule dose de sel soluble, l'élimination cesse au bout de 24 heures. Mais, quand on a suivi un traitement, on trouve du mercure dans les organes longtemps après ; au bout d'un an on a pu encore déceler sa présence. Il s'élimine par les urines, mais pas d'une façon absolument régulière ; on en trouve plus de six mois après la cessation du traitement ; « on en a retrouvé dans l'urine, deux ans, trois ans, et jusqu'à douze et treize ans après » (1). On peut dire qu'en général, l'élimination du mercure n'est terminée qu'au bout d'un an. Cette élimination peut devenir plus rapide par l'action de certains médicaments donnés en même temps ou à la suite. L'iodure de potassium semble agir ainsi, car on a vu reparaître, chez des individus ayant précédemment suivi un traitement hydrargyrique, des accidents mercuriels, qui s'étaient arrêtés après la suspension du traitement : on en a conclu que l'iodure pouvait attaquer certaines formes mercurielles fixées dans les organes, et augmenter la désassimilation. Il en est de même du traitement par les eaux sulfureuses, qui fait augmenter la quantité de mercure éliminé.

Si la fixation du mercure dans l'organisme et son élimination permettent de rapprocher ce métal du plomb, son action physiologique à petites doses est assez analogue à l'action du fer. Les petites doses en sont facilement tolérées par l'organisme, même données pendant un certain temps. Wilbouchevitch a constaté l'augmentation des globules sanguins, même chez les animaux. On a également constaté que le mercure était utile même chez les anémiques simples, à petites doses ; il y a engraissement, surcharge d'hémoglobine. C'est là une action souvent reconnue chez les syphilitiques, et qui est même parfois absolument remarquable, comme en témoigne cette anecdote, de M. Hanot, relative à une jeune femme contaminée sans le savoir par son mari et devenue, disait-il, d'une santé plus florissante que jamais sous l'influence du mercure, à la grande stupéfaction de la belle-mère aux aguets, qui ne comprenait pas que l'on continuât encore à traiter sa fille pour de l'anémie.

Avec des doses faibles longtemps prolongées on a assez souvent, presque toujours, des accidents de mercurialisme chronique ; mais ces accidents se bornent la plupart du temps à des troubles gastro-intestinaux, douleurs d'estomac, diarrhée. On a cependant noté parfois de la glycosurie assez persistante, et l'on trouve assez souvent de l'albumine dans l'urine. Les dépôts calcaires dans les reins sont exceptionnels, de même que la décalcification des os avec élimination de phosphate de chaux.

Chez les sujets prédisposés, on voit assez souvent naître et se développer des troubles hystériques manifestes. Wilbouchevitch a constaté que l'augmentation des globules sanguins obtenue au début, fait place, si l'on continue, à de l'hypoglobulie et de la diarrhée.

Avec les doses fortes qui étaient autrefois fréquemment employées, il y avait souvent des accidents mortels. Notons l'action sur les reins, qui dans ces cas sont hyperémiés ; il peut y avoir dégénérescence aiguë par mort de l'épithélium, et calcification du rein. Notons aussi l'action sur le gros intestin, qui a pu être le siège d'une inflammation pseudo-membraneuse avec gangrène de la muqueuse et ulcérations. Cela nous fera comprendre pourquoi les brightiques et les typhiques présentent une sensibilité particulière à l'action du mercure.

En résumé, après avoir étudié l'action du mercure dans l'organisme, on peut conclure que : 1° *Il n'est pas nécessaire de donner du mercure à haute dose et longtemps, pour que l'organisme reste sous son influence* ; 2° si, à petites doses et pendant un temps restreint le mercure agit comme tonique, *il est à craindre qu'en continuant son emploi d'une façon systématique, on ne fasse naître des accidents, généralement peu intenses pour le moment présent, mais pouvant être le point de départ d'altérations organiques diverses, notamment du côté des reins et du foie.*

Les faits cliniques donnent-ils un démenti à ces conclusions purement théoriques ? On sait que, suivant la doctrine adoptée, les faits sont souvent interprétés de façons différentes ; nous en avons donné un aperçu au début de cette étude ; cela prouve qu'il n'y a pas de faits suffisamment démonstratifs pour emporter la conviction. Pour que nos conclusions théoriques soient démenties, il faudrait qu'il soit démontré que seul le traitement systématique donne des garanties sérieuses pour l'avenir, et, tout en étant inoffensif, empêche les manifestations tertiaires de la syphilis. D'abord est-il inoffensif ? Nous devons reconnaître qu'il n'y a pas actuellement de faits certains d'altérations organiques dérivant d'un traitement mercuriel bien conduit. Cela peut tenir à ce que, dans les cas de néphrite chronique ou de cirrhose hépatique, on ne songe pas à cette cause possible, et on ne la recherche pas. Et nous croyons qu'il y a lieu de diriger des recherches de ce côté.

Mais de plus, ce traitement est-il efficace contre

(1) Cours inédit de M. le Professeur Hayem.

le tertiarisme ? Ici, ses défenseurs les plus déclarés sont obligés de reconnaître qu'il y a des cas où un traitement mercuriel systématique et prolongé n'a pas empêché des accidents graves de se produire. Ils se bornent à affirmer que ces cas seraient plus nombreux, si ce traitement n'était pas adopté.

A l'appui de cette affirmation, M. le professeur Fournier donne sa statistique sur le tertiarisme, statistique citée dans une de ses cliniques et qui ne sera publiée que dans quelques mois. Nous en connaissons les parties essentielles qui nous permettent de porter un jugement. Dans cette statistique, qui porte sur un nombre considérable de cas, nous voyons que pour 100 cas d'accidents tertiaires graves, cinq seulement appartiennent à des malades ayant suivi un traitement prolongé et systématique, s'étant aussi bien traités que possible ; six sont des malades ayant suivi un traitement un peu moins sévère que les premiers, mais s'étant néanmoins soignés très sérieusement. Il semble donc au premier abord que cette statistique soit extrêmement favorable aux idées doctrinales de M. Fournier. Et cependant si nous continuons notre examen, nous voyons qu'il n'y a que six cas sur cent appartenant à des syphilitiques n'ayant jamais suivi de traitement mercuriel. On pourrait donc, en s'en tenant à la superficie des faits, tirer cette conclusion amusante et paradoxale : « Si vous avez la syphilis ne vous traitez pas du tout, ou traitez-vous avec toute la sévérité possible ; mais pas de milieu. » Et en effet, les cas les plus nombreux sont dus aux syphilitiques ayant suivi un traitement de moyenne intensité. Mais ne peut-on interpréter les faits d'une façon plus juste en faisant remarquer que ce qu'il serait important de connaître, c'est le rapport entre le nombre des malades ayant suivi le traitement le plus sévère, et le nombre des cas graves produits malgré ce traitement.

Il serait également d'une grande importance de savoir si les malades traités avec cette sévérité au début sont aussi sensibles que les autres au traitement spécifique, lors des accidents tertiaires.

Car telle qu'elle est, cette statistique ne prouve rien. On sait qu'ils sont rares, ceux qui ont la patience de se soumettre pendant plusieurs années au traitement systématique, alors que les accidents du début ont disparu. L'immense majorité se traite à moitié. Un certain nombre ne suit aucun traitement : ce sont, généralement des pauvres diables, que ne gênent guère un chancre guérissant à peu près seul, et quelques plaques muqueuses ; et il y a des chances pour qu'ils soient au moins aussi nombreux que ceux qui suivent le traitement dans toute sa rigueur. A notre avis, cette statistique prouverait plutôt le contraire de ce qu'elle veut démontrer.

Un autre point de la statistique a trait aux syphilitiques enceintes, et montre que le traitement mercuriel est utile pour qu'elles puissent mettre au monde des enfants vivants. Telle cette syphilitique ayant déjà mis au monde sept enfants morts ; elle suit le traitement antisyphilitique pendant sa huitième grossesse et accouche d'un enfant vivant ; à la neuvième, elle ne se traite pas : l'enfant est mort-né ; à la dixième, elle se traite encore et l'enfant vient vivant. Ce point est certainement indiscutable ; mais il est plutôt en faveur de la théorie opportuniste.

Nous concluons :

1° Le mercure est utile dans la syphilis ; il a une action curative manifeste, mais son action préventive n'est pas prouvée.

2° Au début, il est inutile de donner un traitement très actif, s'il n'y a pas d'accidents menaçants.

3° Il faut, au fur et à mesure des accidents secondaires, instituer un traitement mercuriel qu'on ne prolongera pas longtemps, quand ils auront disparu.

4° L'iodure de potassium doit intervenir dès la première année (Hallopeau).

P[r] HERVOUET.

CORRESPONDANCE

Vésication par l'acide phénique.

Très honoré Directeur,

Dans le n° du 1[er] octobre du *Concours*, je lis une note sur l'emploi du vésicatoire phéniqué chez les enfants : il y a certainement là un moyen très utile et très précieux.

Je vous signalerai, si vous le permettez, une autre façon d'employer cette méthode révulsive et même une autre *indication* de l'acide phénique.

1° On peut en effet, avec cet acide, en solution plus ou moins concentrée, obtenir tous les degrés de la révulsion, depuis la simple rubéfaction jusqu'au vésicatoire.

Pour remplacer le sinapisme, j'emploie souvent une solution à 10 ou 15 %, j'imbibe une compresse pliée en quatre, de la grandeur voulue et je la laisse en place de 5 à 15 minutes suivant l'âge. On peut recouvrir la compresse d'un taffetas, ou la tremper de nouveau dans la solution, si cette compresse vient à sécher.

Laissée encore plus longtemps, cette application produira certainement de la vésication.

2° Une autre utilité pratique de la rubéfaction, ainsi produite, est l'anesthésie momentanée de la peau, que j'utilise avec grand avantage pour l'application des pointes de feu. L'avantage que l'on pouvait tirer de cette propriété de l'acide phénique m'avait été signalé par M. le professeur Feillé (d'Angers) il y a 3 ou 4 ans ; depuis je n'ai jamais manqué de m'en servir et chez l'adulte et chez l'enfant. Les malades qui doivent subir fréquemment les applications de pointes de feu ne manquent pas de réclamer, chaque fois, ce petit artifice, qu'ils apprécient beaucoup.

J'ai cru utile de vous faire cette petite communication qui complétera pour mes confrères votre note du 1[er] octobre.

Agréez, etc.

D[r] LEPAGE (Angers).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les officiers de santé aspirants au doctorat.

Dès que l'ordre du jour de l'Assemblée générale du 27 novembre a annoncé qu'on examinerait les moyens de hâter l'adoption par le *Conseil supérieur de l'Instruction publique* du programme des examens qui seraient exigés des officiers de santé aspirants au Doctorat, diverses communications nous sont parvenues sur ce sujet.

Mais avant de les examiner, il est peut-être bon de rappeler quelle a été la thèse soutenue dès l'origine par le *Concours médical.*

Dans son étude sur la revision législative notre confrère, le Dr Gassot, disait, le 26 novembre 1891 :

Il convient naturellement d'ajouter une série de mesures transitoires, qui ménagent les situations acquises et peu à peu amènent l'état de choses que nous souhaitons :

1· Les officiers de santé en exercice seront admis à se présenter devant les facultés de l'Etat pour, après deux examens pratiques sur la médecine et la chirurgie, recevoir le titre de docteurs en médecine.

C'était renouveler le vœu du Congrès de 1845. Et notre confrère ajoutait :

Nous insistons d'une manière toute spéciale sur ces mots : *examens pratiques* ; il serait absolument ridicule de demander à des praticiens qui déjà exercent depuis longtemps et souvent avec succès la médecine, de répondre à des questions bonnes pour des étudiants. Ces examens devraient être passés au lit du malade et faire l'objet d'une conversation entre candidats et examinateurs bien plutôt que consister en ces interrogations ambiguës et ces difficultés cherchées à plaisir de l'examen tel que nous le comprenons ordinairement.

Dans ces conditions, il n'est pas un praticien sérieux qui ne pourrait immédiatement prendre le titre de Docteur et se soustraire à ces mille petites vexations dont son amour-propre souffre justement.

C'est encore là notre programme et nous n'avons rien à y retrancher, ni à y ajouter actuellement.

L'article 31 de la loi Chevandier dit :

Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine.

Le principe est admis, on le voit. Reste l'application.

Que devront être ces examens pratiques ?

Il nous semble que l'article 30 de la loi Chevandier vient encore élucider la question ; il dit en effet :

Les officiers de santé reçus antérieurement à l'application de la présente loi et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 32 ci-après, auront le droit d'exercer la médecine et l'art dentaire *sur tout le territoire de la République.* Ils seront soumis à toutes les obligations imposées par la loi aux docteurs en médecine.

Les officiers de santé pourront donc continuer à exercer leur profession dans des conditions meilleures que sous la législation actuelle dont la mesure la plus vexatoire et la plus ridicule aura disparu. Le Doctorat n'est plus en quelque sorte une nécessité pour eux, ce n'est plus qu'un grade universitaire, qui leur est ouvert.

Dans ces conditions, les examens futurs nous paraissent devoir être facilement réglés. Mais, à l'encontre de nos correspondants, nous intervertirions l'ordre de ces examens ; le premier, correspondant au cinquième de Doctorat, serait un examen de clinique ; le second comprendrait la médecine opératoire, la médecine légale, l'hygiène et la thérapeutique. Une thèse enfin serait soutenue, après ces examens.

Nous préférons en premier lieu l'examen de clinique parce qu'au lit du malade, il est facile de se rendre compte de la valeur d'un candidat, fît-il une erreur de diagnostic, et qu'il nous paraît impossible de conférer le Doctorat à un homme qui, pratiquant depuis un certain temps, serait hors d'état de subir cet examen. C'est donc pour nous l'examen éliminatoire.

Cet examen, nos correspondants ne le contestent pas en général, mais ils le placent au second rang. Nous croyons que c'est une erreur, puisque c'est lui qui dira réellement si le candidat est digne ou non du Doctorat.

Le second examen, au contraire, a un tout autre caractère, il porte sur les matières, non pas nouvelles assurément pour le candidat, mais correspondant à des droits nouveaux que la loi lui reconnaît, puisqu'il aura la faculté d'opérer sans l'assistance imposée de personne, puisqu'il devra déférer aux réquisitions de la justice, puisqu'il pourra être membre des conseils d'hygiène, médecin des épidémies, etc...

Un de nos correspondants, officier de santé, demande pour cet examen l'anatomie pathologique. Pourquoi l'anatomie pathologique ? Les connaissances des candidats seront toujours et forcément insuffisantes sur ce point, car peu ont le loisir de se livrer aux travaux de laboratoire, aux études microscopiques. Il est de beaucoup préférable de s'en tenir aux connaissances ordinaires de tous les bons praticiens.

Quant à la thèse, elle n'est une difficulté pour personne et nous avons l'espoir, que des années de pratique personnelle donneront autre chose que d'indigestes compilations ou le reflet plus ou moins pâle des idées émises par le dernier chef de service à l'hôpital.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que nous ne prétendons pas régler en ce moment les futurs examens ; nous nous bornons à envoyer un récépissé à nos correspondants et à solliciter de nouveaux avis que nous transcrirons de même. De cette manière l'Assemblée Générale du 27 novembre pourra discuter utilement la question et faire connaître les vœux du corps médical en même temps qu'elle réclamera un peu de rapidité dans la confection du futur règlement.

BULLETIN DES SYNDICATS

L'indemnité maladie.

Nous n'avons pas l'intention de revenir sur les raisons qui militent en faveur de la création d'une caisse indemnité maladie ; nous voulons simplement rappeler le dilemme posé comme argument ultime à la dernière Assemblée générale de l'Association : *Tous ou pas un.*

Notre confrère le Dr Lande avait montré qu'on pouvait ajouter *quelques-uns*, puisqu'il citait des sociétés dont certains membres, moyennant un supplément de cotisation variable, jouissaient d'avantages particuliers.

De son côté, le Dr Lassalle avait donné lecture d'un passage d'une lettre à lui adressée par un éminent jurisconsulte, sénateur de la Gironde, et se résumant ainsi :

Il n'existe aucun article de loi qui empêche de verser des cotisations variables aux sociétaires d'une Société de secours mutuels pour obtenir des indemnités variables.

Voici maintenant que le conseil judiciaire de l'Association de la Gironde, Me Duthil, revient sur la question et montre, lui aussi, que ce fameux *tous ou pas un* ne peut se soutenir juridiquement.

Nous aurions voulu pouvoir reproduire en son entier l'argumentation de Me Duthil, le défaut d'espace nous oblige à en extraire seulement les passages principaux :

Le Ministre, à qui en ces matières appartient le dernier mot, ne fait en principe aucune objection à la création de la Caisse que vous réclamez. Nous voyons, en effet, dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Paris* (28 octobre 1891), que M. Lereboullet, résumant fidèlement les conversations échangées entre vos Délégués et les représentants autorisés du Ministre de l'Intérieur, rapporte ainsi les paroles de ces derniers : « Rien ne vous interdit de multiplier les secours accordés aux médecins malades, *voire même de fixer d'avance, comme font d'ordinaire les Sociétés de secours mutuels, le taux de l'indemnité journalière que toucherait en cas de maladie chacun des adhérents*. Il importe toutefois que vous ne perdiez pas de vue les obligations que vous imposent vos Statuts qui sont analogues à ceux de toutes les Sociétés de secours mutuels. Ces conditions remplies, et si vous prouvez que votre avoir social disponible vous permet d'attribuer à chacun de vos membres participants une indemnité en cas de maladie, nous n'hésiterons pas à accorder l'autorisation de créer une Caisse analogue à votre Caisse des pensions viagères. Dans le cas où vos recettes annuelles seraient insuffisantes, vous avez la ressource de demander une modification aux articles 38 et 39 des Statuts. L'article 39 prévoit d'ailleurs que la cotisation imposée aux membres d'une Société locale peut être augmentée. »

Ces paroles sont encourageantes, mais ne vous hâtez pas de vous réjouir ; vous n'avez évité Charybde que pour tomber en Scylla ; car, au nom du Ministre, il n'a pas été moins formellement déclaré que : « Si le taux de la cotisation annuelle est augmenté, il est exigible de *tous* les membres de l'Association. Aucune autorisation ne serait donnée à une Caisse alimentée seulement par un certain nombre d'adhérents. »

Il est superflu de vous dire que cette dernière condition, résumée dans la formule *Tous ou pas un*, ruine complètement tous les projets d'assurance-maladie. Tous, en effet, sont nécessairement basés sur une augmentation proportionnelle de la cotisation de 12 francs et, dans l'état, le relèvement universel de cette cotisation au taux nécessaire pour assurer chaque membre contre la maladie est pratiquement irréalisable. C'est donc cette dernière condition qu'il convient surtout de discuter.

Loin de moi la pensée de douter un seul instant de la réalité du *veto* mis par l'Administration au relèvement partiel de la cotisation annuelle ; je veux seulement rechercher si c'est le fait d'une simple fantaisie administrative ou une prohibition de la loi que l'autorité, sa gardienne vigilante, ne peut permettre de transgresser.

Quelle est donc la valeur juridique de cette fameuse formule *Tous ou pas un* ; il faut en général se défier des formules plus commodes pour la mémoire que satisfaisante pour la raison, et celle-ci ne fait point exception à la règle. Je cherche en vain, en effet, cette impossibilité matérielle, pour parler comme les délégués du Ministre, c'est-à-dire une impossibilité palpable, évidente, à la création de catégories parmi les membres d'une Société de secours mutuels. Et mon scepticisme à cet égard se fortifie en voyant que dans ces longues communications faites à vos délégués par les représentants du Ministre, ces derniers s'abstiennent soigneusement d'indiquer le texte précis ou la raison décisive à l'appui de leur refus d'autorisation. Ce silence peut à bon droit s'interpréter comme un aveu d'impuissance, car le texte invoqué ou la raison donnée auraient pour infaillible et important résultat de les débarrasser de réclamations qui ne persistent depuis quatre ans que parce qu'il n'est point encore démontré à leurs auteurs qu'elles soient vaines. Ces raisons, nous sommes réduits à les deviner, et le seul document qui ait pu me guider dans cette recherche est une lettre du Ministre de l'Intérieur, du 23 mars 1892, qui est rapportée dans le troisième fascicule mensuel de la même année du *Bulletin des Sociétés de secours mutuels*. « Monsieur le Préfet, y est-il dit, vous m'avez demandé de vous faire connaître, s'il y a lieu de maintenir une catégorie de sociétaires appelés *membres mixtes* qui auraient droit exclusivement aux soins du médecin pour eux et leur famille. Il paraît *préférable* de les écarter, parce que cette classe de sociétaires ne rentre pas dans les prévisions du décret organique du 26 mars 1852, et *surtout* parce que cette organisation pourrait soulever des réclamations fondées de la part du Corps médical. »

Certes, nous voilà loin de l'impossibilité matérielle de l'autorisation. Son refus paraît seulement *préférable*. Et les motifs de ce refus ? *Surtout* des protestations éventuelles du Corps médical, assez piquantes à relater dans le cas qui nous occupe. Comme argument d'ordre tout à fait secondaire, cette classe de sociétaires ne rentre pas dans les prévisions du décret de 1852. J'admire la souplesse élastique d'une pareille formule et vous affirme qu'en matière juridique nous sommes habitués à plus de précision et de rigueur. Mais que prévoit donc le décret de 1852 ? Par l'article 2, deux classes de membres : les membres honoraires et les participants. Mais ordonne-t-il impérativement ou même de façon implicite que tous les participants devront supporter des charges égales et amender par suite des droits égaux ? Il faut donc, sur ce point, appliquer les principes, puisque la loi spéciale n'y déroge pas. Or, en matière de Société, l'inégalité des apports n'est-elle point licite ; n'est-il pas de règle courante que la participation aux bénéfices est proportionnelle au montant des apports ? Pourquoi, dans une Société de secours mutuels, comme dans toute autre, le taux des apports, qui s'appelle ici *cotisation* ne serait-il pas proportionnel à la participation aux bénéfices, qui sont les avantages et les indemnités statutaires

Mais l'Administration elle-même n'a-t-elle pas interprété dans le sens libéral qui est le nôtre le décret de 1852 et, dans le rapport si précieusement documenté de M. Sous, ne trouvons-nous pas relatés trois exemples topiques, dont un à Paris et un à Bordeaux, de Sociétés de secours mutuels approuvées, dont les membres paient une cotisation obligatoire et une cotisation facultative en vue d'avantages supplémentaires. Et nul doute que, si votre Trésorier consciencieux eût eu les éléments nécessaires pour compléter sur ce point ses recherches, il n'eût découvert de très nombreux exemples de Sociétés fonctionnant sous l'approbation ministérielle et dans les conditions que vous demandez à réaliser.

Une pareille mesure pourrait-elle d'ailleurs nuire aux autres sociétaires, léser les droits existants ? Assurément non ; les avantages qu'ils ont recher-

chés en entrant dans l'Association restent intacts, leur droit aux pensions ne reçoit point d'atteinte, leur espérance dans le secours en cas de détresse n'est point diminuée. Ceux qui demandent à changer cette espérance en certitude et la faculté en un droit paieront seuls, par un supplément de cotisation, l'avantage de s'assurer contre un risque.

Aussi, Messieurs, mon opinion très formelle est que rien dans la loi ni dans les Statuts ne s'oppose à la création de la Caisse que vous projetez.

Mais cette opinion fermement émise, je dois faire une réserve quelque peu décourageante. L'existence des Sociétés de secours mutuels et aussi les modifications à leurs Statuts sont soumises à l'approbation administrative. Et cette autorisation est à la discrétion absolue de cette autorité ; si elle la refuse, il n'y a aucun moyen de la contraindre pour l'obtenir. Nos modernes préfets, comme François I[er] ou Louis XIV, n'ont à donner d'autres raisons de leur refus que leur bon plaisir. J'estime cependant que c'est beaucoup de savoir que le refus qui vous est opposé ne procède point de dispositions prohibitives de la loi, mais seulement de la volonté des hommes. Celle-ci est changeante, surtout dans notre pays. Aussi, je crois que ceux d'entre vous qui n'ont point renoncé à l'idée de l'assurance contre la maladie, réalisée par l'Association, ne doivent pas désespérer. L'obstacle qui les arrête n'est que temporairement insurmontable, un courant d'opinion peut l'emporter, un changement de personnes le faire disparaître. Mais, quoi qu'il arrive, quel que soit le projet auquel s'arrêtera l'Association, que ce soit le secours ou l'assurance qui l'emporte, la Société locale de la Gironde pourra revendiquer avec un légitime orgueil d'avoir, par sa noble persévérance au milieu des difficultés de tout ordre, fait plus que tout autre pour pousser en perfection la belle œuvre de mutualité et de prévoyance à laquelle doit se consacrer l'Association ; et le jour où la Caisse d'assurance ou d'indemnité sera créée, votre Société pourra l'inscrire en lettres d'or dans ses fastes comme une de ces victoires, chaudement disputées, que les troupes vaillantes aiment à inscrire sur leurs drapeaux ; la Société locale de la Gironde aura été trop longtemps à la peine pour que personne lui conteste le droit d'être grandement à l'honneur.

REPORTAGE MÉDICAL

La composition écrite pour le concours de l'Internat a été donnée mercredi dernier 12 octobre à l'Hôtel-de-Ville. Le jury se compose de MM. Ferrand, Boissard, Broca, Josias, Guinard, Hartmann et Roger.

Le concours de l'externat commence le samedi 15 octobre.

Les juges sont MM. Gérard-Marchant, Lermoyez, Juhel-Rénoy, Marfan, Bourcy, Chaput et Picqué.

—M. Villemin, ancien professeur au Val-de-Grâce, médecin-inspecteur de l'armée en retraite, vice-président de l'Académie de médecine, vient de s'éteindre à la suite d'une longue maladie : c'est une grande perte que fait la médecine française.

Son nom reste à jamais attaché à l'histoire de la tuberculose. On ne peut en effet oublier qu'une suite de déductions logiques l'ont conduit à supposer et à démontrer la nature virulente et contagieuse de la tuberculose, à une époque où cette idée semblait aux grands pontifes académiques, mériter seulement comme réfutation un dédaigneux haussement d'épaules. La lecture des bulletins de l'Académie pendant les années 1866, 67 et 68 est très instructive à cet égard ; elle établit clairement que la découverte de Villemin a été une véritable révolution ; sans conteste, c'est lui, le promoteur de tout ce qui s'est fait depuis vingt ans sur la tuberculose.

— *Réglementation de la prostitution.* — M. le D[r] Regnault vient de faire paraître dans la *France médicale* une étude sur l'Evolution de la prostitution. Ses conclusions sont originales et intéressantes. En voici le résumé :

Un fait indéniable, c'est que les maisons de tolérance disparaissent de plus en plus, et sont remplacées par la prostitution libre.

Mais, de l'aveu des policiers mêmes, la réglementation en est impossible, la fille publique disparaissant quand et comme elle veut.

Actuellement les filles malades, pour se faire soigner, ou bien se font arrêter et alors sont et demeurent indéfiniment inscrites, chose qu'elles veulent éviter par-dessus tout ; ou bien vont à l'hôpital spécial, forcément insuffisant. Quant aux services ordinaires de médecine, elles n'y peuvent compter à moins d'être un *cas intéressant* : c'est-à-dire que la prostituée malade, sans argent, et ne voulant pas être arrêtée est obligée de continuer son métier et de propager les maladies vénériennes.

Pour qu'elles aient des facilités de se soigner, il faut donc, eu outre des hospices spéciaux dont on devrait augmenter le nombre, créer des dispensaires municipaux dont les médecins seraient nommés par la ville.

Alors, on pourrait faire rentrer la prostituée sous la loi commune ; le droit qu'à la société de punir s'arrête à sa défense : donc punissez la prostituée qui, malade, continue son métier, mais n'inquiétez pas celle qui est saine. Que les agents continuent à arrêter les filles, mais individuellement ; qu'on n'inscrive que celles qui sont en état de mal vénérien, l'inscription étant ainsi une punition justifiée et qu'on renvoie les autres, *en leur donnant au besoin une petite indemnité pour le dérangement.*

« Alors les prostituées n'auront plus qu'intérêt à se soigner : elles ne redouteront plus la police et éviteront de se trouver en état de contagion. Et lentement on verra diminuer les maladies vénériennes, la répression n'aura plus de raison d'être.

C'est en ces termes optimistes et encourageants que l'auteur termine son étude. Sans espérer des résultats aussi beaux, nous partageons en grande partie ces idées. Oui, il y a tout intérêt à ne pas traquer les prostituées comme des criminelles et à leur faciliter les moyens de se soigner quand elles sont malades. Maintenant que l'hôpital Lourcine est devenu, à la grande satisfaction de la pudeur municipale, l'hôpital Broca, où iront les anciennes clientes ? Le vieil hôpital a pris une allure honnête : tant mieux pour la morale ! tant mieux pour les pauvres diables qui y trouveront place ! tant pis pour la société tout entière !

—*Autotomie chez le crabe.*—Au dernier congrès de physiologie tenu à Liège cette année, M. Frédérick a fait l'expérience suivante ; si l'on saisit un crabe par une patte et qu'on sectionne cette patte à son extrémité, l'animal tombe bientôt en laissant entre les mains de l'expérimentateur toute la patte ; par une contraction musculaire il a opéré lui même la section et il sacrifie la partie pour sauver le tout. Pour montrer cependant la résistance énorme du membre à ses insertions, M. Frédérick a pu sus-

pendre sur un crabe mort un poids de 4 kilogrammes sans arriver à le détacher du tronc.

— Nous n'avons pas encore signalé deux victimes de leur devoir professionnel, dont la mort au champ d'honneur honore le corps des infirmiers de Paris ; ce sont : Madame *Niederlander* de Saint-Antoine et l'infirmier *Charrière*, de la Pitié.

— Les étudiantes qui, en 1890, étaient 150 dans les facultés Françaises, sont à l'heure actuelle plus de deux cent cinquante.

— Si vos clients ne veulent ou ne peuvent boire de l'*Eau minérale*, indiquez-leur la méthode de l'éminent chimiste M. *Lhote*, qui se contente de faire une provision d'eau de la *Dhuys* ou de la *Vanne*.

« Depuis plusieurs années, dit-il, je prends la précaution de faire une provision d'eau de source à la cave, et j'aime à penser que j'ai beaucoup d'imitateurs.

Les analyses effectuées sur l'eau de la Vanne conservée démontrent qu'elle ne subit aucune désorganisation en vieillissant. Cette eau est mise dans des bouteilles neuves à vin, réservées pour cette opération et bouchées au liège fin.

On a soumis à l'analyse, en juin 1890, l'eau de la Vanne puisée à son arrivée, et, en juin 1892, on a examiné la même eau conservée. L'eau de 1892 présente à la dégustation tous les caractères organoleptiques de l'eau de source récente ; elle est sans odeur, sans saveur appréciable et d'une grande limpidité. »

— *Maternité et paternité précoces.* — Un individu comparaissait dernièrement devant la cour d'assises de la Seine. Il était accusé d'avoir abusé d'une petite fille de 12 ans. On l'acquitta. Mais quelque temps après, la fillette mit au monde un enfant.

D'un autre côté, un journal américain, le *University méd. Magazine* rapporte le cas d'une jeune fille de 14 ans, fécondée par un garçon, plus jeune de dix mois, qui avait eu avec elle des rapports fréquents, quatre mois avant la conception et plusieurs mois après. L'accouchement fut normal, la délivrance facile et sans complications ; l'enfant pesait sept livres et demie, il était sain et bien développé ; la sécrétion du lait de la mère était abondante.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3748. — M. Auger, médecin à Desvres (P.-de-C.), membre de l'Association des médecins du Pas-de-Calais, présenté par M. le Dr Filliette, de Boulogne-sur-Mer.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le vif regret de faire part à nos lecteurs du décès d'un membre du Concours, qui a succombé victime du devoir professionnel.

M. le Dr Piasecki, comme tous ses confrères du Havre, s'est surmené pendant l'épidémie. Il s'est distingué par un dévouement admirable et il vient de succomber à ses fatigues.

Nous avons, en outre, à faire part de la mort d'un autre membre du Concours, M. le Dr Beaupoil, de Châtellerault (Vienne).

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Viennent de paraître :

1° **Traité élémentaire de Physiologie**, d'après les leçons pratiques de démonstration, précédé d'une introduction technique à l'usage des élèves, par J.-V. Laborde, Directeur des Travaux pratiques de Physiologie à la Faculté, membre de l'Académie de médecine. Avec 130 figures dans le texte et 21 planches dans l'introduction. In-8 de 450 pages. Prix broché : **10** francs. Cartonné à l'anglaise, fer spécial, **12** francs.

(La physiologie est une science qui depuis quelques années a fait d'immenses progrès. Les ouvrages classiques de Béclard, Longet, Beaunis et Bouchard sont et resteront des modèles ; mais, soumis à la loi commune, ils vieillissent, ne sont plus au courant de la science. De plus, pour le professeur enseignant, il y a certains *desiderata* qu'il faut combler. Avec une compétence toute spéciale, le savant directeur des travaux pratiques de physiologie à la Faculté de Paris, a pu, avec une expérience de plus de douze ans de cours, arriver à combler ces lacunes.)

Net **8** francs ou **9** fr. **60** *franco* pour MM. les membres du Concours médical.

2° Dr Jouin. **Des différents types de Métrites** : leur traitement. — Prix : **6** francs.

(Faut-il rapporter à l'utérus seul les désordres inflammatoires comme le veut la vieille école, faut-il attacher plus d'importance à l'inflammation des annexes qu'à celle de l'utérus lui-même ? Telles sont les deux opinions qui ont cours aujourd'hui. Il est évident que ces opinions sont exagérées et qu'il faut chercher la vérité dans un juste milieu. C'est ce qu'a fait le Dr Jouin. Son traité des Métrites est une œuvre consciencieuse, bien rédigée, bien présentée et on ne saurait trop engager les praticiens à en prendre connaissance et à méditer les raisons qu'il donne en faveur de la détermination à prendre dans un cas donné. Ancien interne de M. le Professeur Péan, M. Jouin a acquis sous la direction de son maître des connaissances profondes, et c'est sous ses auspices qu'il présente son livre. Un tel parrainage dispense de tout éloge.)

Dr M. de T.

Net **4** fr. **80** *franco* pour MM. les membres du Concours médical.

Nous avons reçu de *M. le professeur Lacassagne*, le *Vade-mecum du Médecin-expert*. Il s'adresse aux médecins et aux magistrats ; pour les premiers, c'est un aide-mémoire ; pour les seconds, un contrôle. Il contient tous les renseignements généraux sur les expertises. En suivant les indications de M. Lacassagne, on ne peut se tromper et ce livre rendra de véritables services à tous les médecins appelés d'habitude, ou par circonstance, à faire acte de médecin légiste.

Storck, éditeur, 78, rue de l'Hôtel-de-Ville, Lyon.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année N° 43 22 Octobre 1892

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

NOMINATION DES DÉLÉGUÉS

à l'Assemblée générale du 27 novembre.

Les invitations à l'Assemblée générale du 27 novembre ont été envoyées aux Présidents de tous les syndicats dont l'existence est connue du Bureau de l'Union.

Si, des omissions s'étaient produites, nous prions les intéressés de réclamer.

Nous rappelons, d'ailleurs, que tous les Syndicats, adhérents ou non, sont invités à se faire représenter et que le présent avis tient lieu d'invitation, si celle-ci a été omise (1).

MM. les Présidents des divers syndicats sont donc priés de vouloir bien faire procéder à la nomination des Délégués auxquels ils ont droit :

de 1 à 50 membres	un délégué.
de 51 à 100 membres	deux délégués.
au delà de 100 membres	trois délégués.

Les délégués doivent être munis de pouvoirs réguliers.

Les pouvoirs des délégués.

On nous écrit, de divers côtés, pour nous demander sous quelle forme doivent être libellés les *pouvoirs* des Délégués à l'Assemblée générale du 27 novembre.

Il n'y a pas de formule spéciale, et il suffit qu'une pièce émanant du Syndicat régularise la délégation.

On peut employer la forme : Extrait du procès verbal :

Syndicat médical de.....
Nombre de membres inscrits......
Extrait du procès verbal de la séance du.....
M... est désigné comme Délégué à l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux du 27 novembre 1892.
Certifié conforme :
Le Secrétaire, *Le Président,*

On peut aussi employer la forme : Certificat :

Syndicat médical de....
Nombre de membres inscrits....
Le Bureau du Syndicat médical de.. ... certifie que MM......... ont été désignés dans la séance du........ comme Délégués à l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux du 27 novembre 1892.
Le Secrétaire, *Le Président,*

Enfin, dans le cas où le Bureau aurait reçu du Syndicat la mission de désigner lui-même les délégués, on pourra adopter cette forme :

Syndicat médical de.....
Nombre de membres inscrits.....
Le Bureau du Syndicat médical de....., en vertu de la mission qui lui a été confiée par le Syndicat le......, désigne, comme Délégué à l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux du 27 novembre 1892, M......
Le Secrétaire, *Le Président,*

Nous recommandons instamment de mettre sur tous les pouvoirs, quelle que soit la forme adoptée, le nombre des Membres du Syndicat.

Nous rappelons également que ces pouvoirs peuvent être envoyés à l'avance à M. le Dr Cézilly, Vice-Président de l'Union des Syndicats, qui se charge de les faire enregistrer.

Avis concernant la séance.

Nous avons reçu avis de la nomination comme Délégués :

De M. le Dr Mignen pour le Syndicat de Montaigu (Vendée).

De M. le Dr Pollet pour le Syndicat de Douai et région.

On nous demande aussi d'inscrire à l'ordre du jour de la séance :

L'exercice de la médecine par les médecins militaires.

---

(1) Il est évident que seuls les Syndicats peuvent être représentés et non les cercles qui dépendent d'un Syndicat. Si donc, par erreur, les Présidents de ces cercles avaient reçu une invitation, ils devraient la transmettre au Président du Syndicat, qui assurera la représentation de tous.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le choléra de 1892.

Le choléra n'est pas entièrement terminé, bien qu'il soit devenu à peu près négligeable en France et particulièrement à Paris. Il se produit encore environ 4 à 5 décès par jour, dans les hôpitaux de Paris, et une centaine de malades est encore en traitement.

En Belgique, la situation n'est pas brillante ; dans le Borinage, aux environs de Mons, il y a une petite épidémie de villages, qui a déjà causé près de cent décès. Les eaux de l'Escaut paraissent polluées en ce moment à cause de cette épidémie ; aussi la municipalité de Tournai a-t-elle engagé les habitants à ne plus se servir de cette eau. Continuons donc toujours à nous protéger ; veillons surtout à ce que l'eau potable soit convenablement stérilisée par l'ébullition, et à ce que les déjections soient désinfectées et promptement enlevées des lieux d'habitation.

L'importance du traitement des angines blanches.

Un fait douloureux, qui vient de se produire à l'hôpital Trousseau, de Paris, vient prouver une fois de plus la vérité de nos conclusions au sujet du diagnostic et du traitement des angines blanches (1). Une angine blanche, quelque bénigne qu'elle paraisse au début, peut être de nature diphthérique, et si on n'a pas de microscope pour le vérifier, il vaut mieux traiter cette angine blanche comme une angine véritablement diphthérique. Un externe d'un service d'enfants, M. Combe, vient d'en faire la cruelle expérience sur lui-même. Souffrant d'un léger mal de gorge depuis quelques jours, il se fit examiner le pharynx, et, outre une légère rougeur, on lui trouva quelques points blancs, sans tuméfaction ganglionnaire. L'angine fut traitée par le mépris ; et en effet, les symptômes semblèrent s'atténuer. Par précaution, cependant, le malade, qui était chargé du service des diphthériques, alla dans la salle le moins possible, une ou deux fois au plus, depuis le début de son mal de gorge. Douze jours après, une angine toxique se déclarait, avec teint plombé, cou proconsulaire, cyanose, adynamie, myocardite diphthérique. Le lendemain, le malheureux jeune homme succombait. Deux hypothèses paraissent également plausibles : ou bien l'angine blanche était diphthérique dès le début et est devenue subitement toxique ; ou bien, l'angine blanche était d'autre nature, mais elle a préparé le terrain pour le bacille de Loeffler, qui s'y est développé avec une rapidité et avec une virulence foudroyantes. Nous nous rangeons à la première hypothèse, mais quoi qu'il en soit, un traitement énergique anti-diphthérique, eût été, si on l'avait appliqué à temps, tout au moins prophylactique, sinon curatif.

Opinion de M. Lancereaux sur le traitement de l'albuminurie.

A l'Académie de médecine, M. le Dr *Lancereaux* a émis au sujet du traitement de l'albuminurie des idées assez différentes de celles de M. G. Sée et de M. Dujardin-Beaumetz :

« L'albuminurie est par elle-même sans gravité et il n'y a à craindre que l'urémie. Le meilleur moyen de combattre le syndrome urémie, n'est pas de lui opposer des antidotes, auxquels je crois peu, mais de chercher à rétablir la fonction rénale par l'emploi des diurétiques, et, lorsque cette fonction ne répond plus à l'action médicamenteuse, de stimuler les voies d'élimination qu'emploie la nature (fonctions gastro-intestinales et cutanées).

En conséquence, en pareil cas, je me suis toujours bien trouvé de l'usage des purgatifs drastiques et des frictions sur la peau. Puis, quand l'urémie a cessé, il reste à chercher à modifier les tissus altérés. Alors la médication varie suivant ce que sont les tissus conjonctivo-vasculaires ou les tissus épithéliaux qui sont en jeu. Dans le premier cas, c'est l'iodure de potassium qui doit être préféré ; dans le second, c'est la cantharide qui m'a donné les meilleurs résultats.

J'ai été conduit à faire usage de cette substance à cause de son action certaine sur les épithéliums rénaux. J'ai vu à plusieurs reprises une diurèse abondante suivre l'administration de la cantharide; et des anasarques, qui avaient résisté à tous les diurétiques, disparaître rapidement sous l'influence de ce médicament.

Par exemple, j'ai soigné deux jeunes femmes atteintes de néphrite épithéliale avec anasarque, qui ont guéri rapidement et entièrement sous l'influence de six à douze gouttes de teinture de cantharides ».

M. Laboulbène rappelle que Rayer employait avec grand succès la teinture de cantharides à hautes doses dans les cas d'anasarque avec urines rares. Grisolle cite, dans son Traité de pathologie interne, les bons effets de la teinture de cantharides à la dose de 5 à 25 gouttes contre le mal de Bright.

M. G. Sée se déclare renversé !

Vulvo-vaginite des enfants.

M. le Dr *Comby* insistait récemment sur la fréquence et l'importance du traitement de la vulvo-vaginite des petites filles. M. Williams vient confirmer cette opinion et constate que cette affection se présente une fois sur 100 malades dans les dispensaires. La plupart des cas sont infectieux et sans doute d'origine gonorrhéique.

Cette origine n'a pas encore été absolument prouvée par les recherches bactériologiques. L'infection est généralement indirecte ; elle se produit par l'usage des mêmes objets de toilette dans une famille, ou, si les enfants infectent eux-mêmes leurs organes génitaux en se touchant. Le plus souvent l'infection vient d'un cas d'ophthalmie et dans des cas rares d'une infection à la naissance ou d'un acte coupable.

La maladie est très longue et ordinairement ne cause pas de grands troubles constitutionnels. Quelquefois il se produit des troubles internes sérieux comme une salpingite ou une péritonite pelvienne. Le diagnostic des affections infectieuses ou non, est seulement possible par le microscope ; par mesure de précaution tous les cas doivent être traités comme s'ils étaient infectieux. Le traitement le plus efficace consiste en une propreté extrême de l'enfant et de ceux qui le

(1) *Concours médical*, 1892, page 459, n° 39.

soignent et dans des applications locales de nitrate d'argent au 1/50. Dans les hôpitaux d'enfants ces malades devraient être isolés.

De l'extension continue du membre inférieur par la méthode d'Hennequin.

Les caractères particuliers de cette méthode sont la flexion de la jambe à 40° sur la cuisse et à la fixation par la cravate en 8 de chiffre sur le genou et la jambe. Le seul obstacle à l'extension est la douleur à la pression. Il faut donc réduire la traction au minimum en diminuant les résistances. Il faut prendre ses points d'appui, sur des régions tolérantes, bien pourvues de tissus mous. Il faut aussi répartir la pression au point d'appui, sur des régions très dépourvues de parties molles ; il faut protéger ces parties par une couche d'ouate.

Des agents moteurs. — Ce sont la gravité, les corps pesants, les corps élastiques. La traction par les poids est la meilleure, elle est continue et pondérable.

Des résistances. — Les résistances inévitables sont représentées par la tonicité des muscles, l'élasticité de la peau, les contractions et les contractures musculaires et les frottements sur le lit.

Points d'appui. — Les leviers qui peuvent servir de points d'appui sont le pied et les os de la jambe, celle-ci étant fléchie sur la cuisse.

Les saillies osseuses sont les malléoles, les condyles du fémur et le bord supérieur de la rotule. Le seul relief musculaire est la saillie du mollet. Les téguments de la jambe et de la cuisse sont souvent utilisés. Les leviers osseux seuls transmettent intégralement la traction au fémur, c'est sur eux que doit s'exercer la traction, mais il faut ménager la susceptibilité des téguments par une couche épaisse d'ouate.

Mode de transmission de la traction des différents points d'appui au segment mobile. — Le point de fixation sus-condylien semblerait être le meilleur. Les condyles chez les gens amaigris peuvent retenir les lacs circulaires, mais ils ont à lutter contre l'élasticité de la peau et les lacs s'appuyant à la rotule, une partie de la force est transmise au bassin par le droit antérieur ; de plus, la pression est douloureuse. Chez les personnes bien musclées, les lacs glissent.

La fixation par des lacs circulaires sur les muscles du mollet est assez bonne, mais ces muscles s'atrophient et l'effort n'est plus supporté que par la peau. La fixation directe aux téguments est la plus mauvaise de toutes.

Une traction appliquée à la partie postérieure et supérieure de la jambe fléchie à 40° sur la cuisse et transformée en levier du 1er genre, se transmet intégralement par l'intermédiaire des ligaments du genou à l'extrémité inférieure du fémur. Ce sont donc ces points d'appui qui doivent être choisis.

Position à donner au membre inférieur. — Faire reposer le tronc sur un plan horizontal et fléchir la cuisse à 40°. La traction doit : 1° prendre ses points d'appui sur le squelette du segment mobile ; 2° être dirigée dans l'axe du membre ; 3° assez puissante pour vaincre toutes les résistances actives et passives ; 4° tolérable et inoffensive, par conséquent réduite à son minimum ; 5° ne prendre ses points d'appui que sur des régions abondamment pourvues de tissus mous. La contre-extension est produite par le poids de la jambe et du muscle opposé.

Description de l'appareil. — Il se compose : 1° d'une petite gouttière crurale pour les fractures du col et les coxalgies ; 2° de deux ou d'une serviette cylindrée ou en toile raide, selon que l'on se sert ou non de gouttière ; 3° de deux bandes en toile neuve autant que possible, de 10 à 12 mètres de longueur sur 5 centimètres de largeur ; 4° d'une livre d'ouate ; 5° d'une cordelette de 1 mètre 50 de longueur se réfléchissant sur une poulie ou tout autre corps ; 6° de corps pesant d'un poids connu.

Le malade étant couché, on découd le matelas de son angle inférieur, jusqu'à un travers de main en dessous d'une ligne transversale correspondant au pli du creux poplité du membre malade. La bourre est enlevée sur une largeur de 25 à 30 centimètres. On réunit les deux toiles du matelas aux limites de la bourre, on met de l'ouate sur le pied, la jambe et le 1/4 inférieur de la cuisse et on fait une compression modérée avec les bandes de toile. Ensuite, on place une des serviettes pliée en cravate sur la face antérieure de la rotule. Ses chefs se croisent sur la face postéro-supérieure du mollet, puis circonscrivent obliquement la partie supérieure de la jambe et sont noués sur la ligne médiane au niveau du tiers supérieur du tibia. L'anneau supérieur du 8 de chiffre, empêche, sur la rotule, le glissement de l'anneau inférieur, l'anneau inférieur transmet la traction. La gouttière est fixée sous la cuisse. On fixe par un simple nœud coulant une des extrémités de la cordelette à l'anneau inférieur des lacs, en dedans du nœud si la rotation est interne, en dehors si elle est externe, sur le nœud si la position est régulière. Puis on fixe à l'autre extrémité un poids de 2 à 3 kilos. Sur les bords de la gouttière, on place des rouleaux d'ouate plus serrés du côté où les fragments font saillie.

Tous les deux jours on ajoute un kilo jusqu'à ce que la traction soit égale à 4 kilos, chez les adolescents et les femmes, 5 kilos chez les adultes de force moyenne, et 6 kilos chez les hercules.

Le chiffre 5 doit être présent à la mémoire du chirurgien. Il faut placer l'appareil le 5e jour après l'accident. La durée moyenne du traitement est de 50 jours ; 5 semaines chez les enfants. Le raccourcissement moyen est de 5 centimètres. L'allongement après l'ostéotomie oblique est de 5 centimètres. Ce traitement est applicable aux coxalgies et aux ankyloses de la hanche, combiné ou non, pour ces dernières, à l'ostéotomie oblique.

(*Annales d'Orthopédie.*)

Flambage des plaies.

A la Société de chirurgie, M. le Dr *Félizet* a préconisé un procédé, qui paraît fort logique, pour la stérilisation des plaies infectées et pour la destruction facile des colonies bacillaires dans les tissus mis à découvert par l'intervention chirurgicale. En effet, quel que soit le soin apporté à une résection, quels que soient les topiques employés pour cautériser la plaie, on n'est jamais sûr d'avoir enlevé toutes les parties contaminées et surtout tous les germes qui infectent la plaie.

En effet, que l'on prenne une résection typique,

celle du genou ou du coude, par exemple, il est impossible de ne pas laisser dans la cavité des tubercules ou des fongosités, des bacilles ou des streptocoques, de quoi infecter tout un laboratoire. A plus forte raison quand il s'agit d'une résection de la hanche.

Le moyen que préconise M. Félizet et qui lui a donné 30 guérisons sans suppuration dans 38 cas, a pour but de détruire les bacilles sur place, en même temps que de déterminer une inflammation réparatrice.

Ce moyen consiste à promener sur les plaies une flamme longue, léchante, fournie par un chalumeau à gaz qui marque au pyromètre 1,600 degrés. Le thermo-cautère qui ne fournit qu'une chaleur de 600 degrés a l'inconvénient de produire une eschare qui se comporte vis-à-vis de la plaie comme un véritable corps étranger. Rien de tel avec la flamme du chalumeau. Cette flamme déshydrate les tissus et détruit les germes. La tuberculose osseuse, entr'autres, lorsqu'elle est localisée à une articulation, disparaît après ce flambage.

La technique est simple : le point délicat consiste à protéger les lèvres de la plaie cutanée, qui, si elles étaient flambées, deviendraient douloureuses et ne se réuniraient pas. A cet effet, les lèvres de la plaie seront recouvertes de plusieurs couches de toile antiseptique. La flamme est promenée rapidement dans toute la cavité. Elle ne doit pas rester plus de deux secondes au même point. Le tissu adipeux grésille, la graisse fond et coule, le tissu musculaire pâlit et se racornit, les cartilages se durcissent, le sang se coagule et les surfaces touchées présentent un assez vilain aspect. La réaction momentanée est nulle, la douleur consécutive est insignifiante.

Traitement médical de la pelvi-péritonite aiguë.

Voici comment le Dr *J. Chéron* comprend le traitement de la pelvi-péritonite aiguë, et comment il l'a exposé au congrès de Bruxelles :

« Quand la pelvi-péritonite survient en dehors de l'état puerpéral et en dehors des interventions chirurgicales, on doit la traiter :

1° par le repos *absolu* dans le décubitus horizontal et dorsal ;

2° par une alimentation uniquement liquide : lait, bouillons, eau alcaline, champagne frappé ;

3° respecter le repos de l'intestin et en même temps éviter la constipation, en donnant chaque jour quatre des cachets suivants :

Magnésie calcinée.......... 5 grammes
en dix cachets.

2 cachets avant déjeuner,
2 cachets avant dîner.

4° Il faut s'abstenir de purgatifs et de lavements laxatifs.

5° Au début, il est très utile de faire une petite saignée de la paroi, en appliquant une dizaine de sangsues au-dessus de l'aine, au point correspondant au maximum des douleurs.

6° Aussitôt après, on immobilise la paroi abdominale en appliquant, sur tout le bas-ventre, une carapace épaisse de collodion élastique.

7° Combattre les vomissements, avec la potion de Rivière donnée, de préférence, dans une petite quantité d'eau alcaline.

8° Pour combattre les douleurs et les syncopes, pour relever les forces, pour ramener la tension artérielle à son chiffre normal et favoriser ainsi la résolution des exsudats, faire de une à quatre transfusions hypodermiques de sérum artificiel, de 10 grammes chaque, ou même de 20 à 40 grammes, si l'hypotension artérielle est considérable et si la première transmission n'a pas fait monter suffisamment la pression sanguine.

Le sérum artificiel que j'emploie, dans les cas dont je parle, a la formule suivante :

Acide phénique neigeux....	1 gramme.
Chlorure de sodium.........	2 grammes.
Phosphate de soude.........	4 grammes.
Sulfate de soude............	8 grammes.
Eau distillée..................	100 grammes.

Depuis que j'emploie les transfusions hypodermiques, je n'ai plus que très exceptionnellement recours aux injections sous-cutanées de morphine. Si on ne pouvait pas, pour une raison ou pour une autre, pratiquer les transfusions de sérum artificiel, ou si les douleurs étaient intolérables, malgré leur emploi, on userait de la morphine de la façon suivante : cinq milligrammes seraient injectés sous la peau toutes les six à huit heures, c'est-à-dire cinq gouttes de la solution que voici :

Chlorhydrate de morphine	20 centigrammes.
Eau distillée.............	10 grammes.

Je tiens à répéter, en terminant, que les transfusions de sérum artificiel calment presque toujours les douleurs, dès les premiers instants, de telle façon que les injections de morphine deviennent inutiles ; seules ces transfusions ont une action puissante sur la tension artérielle ; aucun moyen ne relève aussi rapidement l'état général, permettant ainsi à la malade de résister à l'infection ; aucun moyen non plus ne limite plus rapidement l'extension du travail inflammatoire et ne favorise à un plus haut degré la résolution. »

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Traitements des Métrites.

Le sujet est bien vaste pour un article aussi restreint ; mais nous avons l'intention de nous limiter exclusivement aux questions absolument pratiques de ces traitements.

Et d'abord, peut-il y avoir *un* traitement des métrites ? Plus la science gynécologique fait de progrès et plus on s'aperçoit qu'il y a bien des variétés justiciables de traitements différents. A certaines époques, où la métrite primait toutes les affections du petit bassin de la femme, on adaptait, plus ou moins, cette étiquette à toutes les maladies caractérisées par des pertes blanches et par des douleurs du bas-ventre et des reins. Plus tard, les adénites, lymphangites, périmétrites et pelvi-péritonites prennent la première place : les mêmes symptômes sont attribués à la périmétrite et à la lymphangite péri-utérine. Depuis plusieurs années, c'est la salpingite et l'ovarite, qui règnent en souveraines dans les cliniques des gynécologistes ; aussi, dans bien des cas, rapporte-t-on, à l'une de ces deux affections, les douleurs du bas-ventre et les pertes blanches. Il est hors de doute qu'une pareille manière d'interpréter les maladies de la femme est défectueuse par son exclusivisme même. Il faut se garder d'une

telle exagération, qui conduit souvent à de graves fautes thérapeutiques, telles que des laparotomies ou des hystérectomies vaginales pour de simples métrites.

Les différences d'interprétation des symptômes ont naturellement amené les cliniciens à des procédés thérapeutiques absolument variés et souvent même opposés. Aussi, tandis que l'un soutenait qu'il fallait des antiphlogistiques, l'autre préconisait les caustiques ; l'un se servait de prescriptions purement diététiques, l'autre employait d'emblée des moyens chirurgicaux, plus ou moins doux. En général, le charlatanisme a pris une très grande extension dans la thérapeutique des métrites, et, la plupart du temps, une métrite, qui n'existait pas avant l'intervention, a été provoquée et consciencieusement entretenue par des pratiques dont on a largement abusé. Combien de prétendus ulcères de la matrice, qui n'existent que parce que le médecin y promène régulièrement un crayon de nitrate d'argent ou un caustique quelconque ? Il est si facile de faire croire à une femme, qui perd en blanc et qui souffre un peu du bas-ventre, que ces accidents sont causés par une ulcération du col ou une inflammation interne de l'utérus. Un peu plus d'honnêteté et un peu moins d'empirisme ne nuiraient pas.

Les traitements des métrites comprennent un certain nombre de cas que l'on peut diviser de la manière suivante :

A. *Traitement de la métrite aiguë.*
B. *Traitements de la métrite chronique,*
 1° Métrite du col
 2° Métrite du corps et du col.
C. *Traitement de la métro-salpingite.*

A. Traitement de la métrite aigue.

Cette partie du traitement n'offre rien de bien nouveau à étudier. La métrite aiguë est généralement associée à une vaginite (vagino-métrite) et est le plus souvent de nature blennorrhagique. Elle est facile à diagnostiquer, la plupart du temps, car elle s'accompagne de symptômes aigus violents, douleurs du bas-ventre extrêmement vives, vomissements, fièvre, température de 38° à 39°, écoulement muco-purulent abondant, toucher vaginal très douloureux, souvent même insupportable, dysurie, constipation, enfin présence de microcoques, de gonocoques à l'examen microscopique dans le pus vaginal. Nous serons brefs sur le traitement de cette forme de métrite, car la plupart des praticiens sont d'accord sur ses indications et ses applications. Rappelons seulement à ce propos, que, dans certains cas, les métrites chroniques débutent par des formes aiguës atténuées ou subaiguës, qui sont justiciables du même traitement et qui, convenablement soignées, n'aboutiraient pas à la forme chronique si tenace.

Le traitement de la métrite aiguë comprend deux indications : 1° calmer la douleur locale ; 2° détruire rapidement les colonies microbiennes avant qu'elles puissent remonter le canal génital et envahir les trompes de Fallope. Il faut procéder absolument comme pour la blennorrhagie uréthrale de l'homme ; la même prudence, la même douceur doit guider tous les actes de l'intervention. Une manœuvre brutale peut chasser le pus dans les trompes, tout comme elle le chasserait dans l'urèthre postérieur et les canaux déférents de l'homme. C'est d'ailleurs une pratique que nous ne cesserons de recommander aux médecins, qui soignent les maladies de femmes : la brutalité est trop souvent l'apanage des gynécologistes et des accoucheurs. On doit manier un utérus comme on manierait un urèthre ou une vessie ; jamais de force, toujours de la patience et de la douceur, et on n'aura jamais à déplorer des péritonites par perforation de l'utérus, par arrachement d'adhérences pelviennes ou par auto-infection.

1° La douleur est calmée par des applications de flanelle chaude laudanisée sur le ventre, par des injections sous-cutanées de morphine ou mieux d'hyoscyamine en solution au 1/1000 dans l'eau de laurier-cerise, enfin par des lotions vulvaires et vaginales avec une solution chaude de chloral à 1/100. Les premières cuissons extérieures étant atténuées, on peut procéder à l'anesthésie du vagin et du col utérin par l'introduction lente et douce d'un pinceau ou d'un tampon d'ouate hydrophile, imbibé d'une solution de cocaïne à 1/25, et maintenu par une pince longue. 2° Ce n'est qu'après un séjour d'environ dix minutes, du tampon dans le fond du vagin, qu'on pourra essayer d'introduire un spéculum peu volumineux pour procéder à l'essuyage aseptique des parois du vagin et du museau de tanche. Des tampons d'ouate hydrophile boriquée ou salolée fixés au bout d'une longue pince serviront à cet usage (1). Lorsque l'essuyage est parfait, on procède à un lavage soigné du vagin, du col, des culs-de-sac avec une solution de sublimé chaude de 48°, à 1/2000 ; ou bien avec une solution de permanganate de potasse à la même température et à 5/1000. Ces solutions seront injectées sans force, de préférence au moyen d'un bock d'Esmarch soulevé à environ 1 mètre ou 1m. 50 au-dessus de l'orifice de la canule à injections. Après ces premiers lavages préliminaires, on introduira par le canal cervical utérin une sonde à double courant de petit calibre et ne pénétrant pas à plus de 3 centimètres 1/2 de profondeur. Par cette sonde, on injectera lentement deux ou 3 centimètres cubes d'une solution de cocaïne à 1/25, au moyen d'une seringue de verre graduée. On laissera écouler le liquide au bout de quelques minutes, puis on injectera de nouveau 2 ou 3 c. m. c. d'une solution de sublimé à 1/2000 ou de permanganate à 1/100 ou enfin de nitrate d'argent à 1/10 ; ces solutions toujours chauffées à 48 degrés environ : la puissance antiseptique est plus forte pour une solution chaude, que pour une solution froide du même titre et la malade n'éprouve aucune sensation désagréable. On renouvelle ces instillations utérines deux ou trois fois de suite, en laissant séjourner le liquide environ dix minutes dans l'utérus, toujours en procédant avec beaucoup de douceur ; puis on fait un lavage soigné du vagin, on tamponne avec un tampon d'ouate, imbibé de glycérine au tannin à 5/100 et muni d'un fil. Le lendemain matin, on donne un grand bain chaud d'une durée de 3/4 d'heure à une heure et on recommence la même opération de lavages et d'instillations intra-utérines. Ce traitement doit être répété avec persévérance pendant cinq ou six jours de suite, en prenant toujours bien entendu, des précautions antiseptiques rigoureuses, c'est-à-dire en aseptisant les sondes et canules

(1) Neisser. — *Concours médical*, 1892, n° 42.

dans une solution de microcidine ou de solvéol, ainsi que les mains de l'opérateur.

Généralement, l'inflammation aiguë cède rapidement dans ces conditions, et, pour terminer le traitement, il suffit d'employer pendant quelques jours encore des injections vaginales chaudes astringentes de tannin ou d'écorce de chêne associées à quelques bains généraux, pour lesquels on usera d'un spéculum à bain.

Pour nous, le traitement diététique a une grande importance, mais les médicaments introduits par la voie stomacale n'ont aucune valeur. Ils n'ont de raison d'être que dans les cas où la faiblesse et l'anémie de la malade exigent une tonification énergique.

B. Traitement de la métrite chronique.

1° *Métrite du col.* — Il est important, avant d'instituer un traitement de cette métrite, de faire un diagnostic précis. En dehors des ulcérations syphilitiques et cancéreuses du col, qu'il faut savoir éliminer par les caractères classiques, il y a deux variétés absolument différentes de métrites du col. Dans l'une, le col est gros, mou, de coloration pâle, presque insensible ; dans l'autre, le col est petit, rouge, granuleux, exulcéré, douloureux. Le traitement varie essentiellement, suivant ces deux cas.

Le col volumineux, atone, est justiciable de l'électrolyse, de l'électro. et de la galvano-puncture, renouvelée tous les cinq ou six jours, et précédée et suivie de lavages vaginaux chauds au sublimé ou au permanganate de potasse. Les cautérisations du canal cervical avec la teinture d'iode, l'acide chromique, le nitrate d'argent en solution au 1/100, suivies de l'introduction d'un petit crayon gélatineux au sulfate de cuivre, à l'ichthyol, au calomel, auront un excellent résultat.

Les bains, avec un spéculum à bains, sont de précieux adjuvants ; au début, on fera usage de bains simples aromatiques ; dans la suite, on emploiera les bains sulfureux, d'une durée d'un quart d'heure au plus. Nous proscrivons absolument les scarifications, les cautérisations au crayon de nitrate d'argent intra-cervicales.

Le col rouge, petit, exulcéré, demande plus de soins, plus de précautions. Il faut d'abord en diminuer la sensibilité par des applications locales réitérées d'une solution de cocaïne à 1/25 ; puis diminuer la congestion par l'application quotidienne de tampons ou d'ovules à la glycérine ichthyolée à 5/100, suivie de grandes irrigations vaginales chaudes de chloral, de permanganate de potasse, de sublimé. Il faudra toujours introduire le tampon au spéculum, sans violence, après avoir épongé légèrement avec un peu de gaze antiseptique ou de ouate hydrophile salolée. Après une huitaine de jours de ce traitement, la congestion diminue et l'on se rend compte aisément de l'état de l'ulcération de la muqueuse.

Quel traitement doit-on alors préférer ? Les caustiques donnent de mauvais résultats, car ils provoquent une nouvelle poussée inflammatoire et augmentent la profondeur de l'ulcération. Le mieux est de chercher à modifier la muqueuse intra-cervicale au moyen de crayons malléables en glycérine solidifiée, en gélose contenant des substances antiseptiques et anesthésiantes telles que l'iodoforme, l'iodol, l'acide borique, le dermatol, l'ichthyol, ou, lorsqu'on ne possède pas ces crayons, avec une pommade au précipité blanc, au sulfate de cuivre, à l'iodoforme, portée dans le canal cervical avec légèreté, au moyen d'une sonde de Playfair entourée d'ouate hydrophile (porte-ouate). Pour terminer ce pansement, on applique chaque fois un tampon vaginal à la glycérine ichthyolée ou tannique. La malade garde le repos quelques heures, puis le lendemain matin, elle prend un bain simple ou aromatique après avoir enlevé le tampon et introduit un spéculum à bain. Elle garde encore le repos quelques heures, autant que possible, sur une chaise longue et le lendemain du jour du bain on renouvelle le pansement. Et ainsi de suite, un jour : un bain ; un jour : le pansement, jusqu'à ce que la muqueuse cervicale, reprenne sa coloration normale, c'est-à-dire environ dix à quinze jours. Si, au bout de ce temps, le traitement échoue, on laisse reposer entièrement pendant quinze jours, puis on reprend les mêmes séries. Chez les femmes très sensibles, on peut employer, avant l'introduction du crayon ou de la pommade dans la cavité intra-cervicale, un ou deux attouchements à la cocaïne au 1/25.

Les femmes qui ne peuvent observer le repos, feront bien de porter une ceinture abdominale qui empêchera toute pesanteur du côté de l'utérus. Enfin, il est important de commencer ce traitement immédiatement après la période menstruelle et de recommander à la malade un repos génital absolu. Nous n'avons pas signalé ces précautions à propos de la métrite avec gros col pâle et atone, parce que nous ne les croyons pas tout à fait indispensables dans ce cas.

(*A suivre.*) Dr Paul Huguenin.

HYGIÈNE

Remarques sur la déclaration des maladies contagieuses.

Vers la fin de l'été de 1884, il y eut, dans le midi de la France et ailleurs, une épidémie de choléra fort grave. Les villes de Toulouse et de Marseille furent particulièrement éprouvées. La ville de Nice fut atteinte aussi, mais à un degré beaucoup moindre. La propagation de l'épidémie à Nice s'effectua par un mécanisme assez remarquable.

Il y a à Nice une compagnie qui distribue de l'eau potable à domicile, et qui, d'après son cahier de charges, ne doit donner pour cet objet que des eaux de source. Elle possède une canalisation destinée à ce service ; mais elle en a une autre, qui sert à envoyer pour les irrigations agricoles, dans les jardins de la ville et des environs, les eaux de la Vésubie, affluent considérable du Var.

En 1884, il y eut, pendant l'été, une grande disette d'eau, et la compagnie remédia secrètement à cette difficulté, en introduisant l'eau de la Vésubie dans sa canalisation de l'eau potable.

A cette époque, il n'y avait pas, comme aujourd'hui des troupes alpines ; les manœuvres de montagnes étaient exécutées par les bataillons de chasseurs à pied. Un de ces corps se trouvait en garnison à Marseille. Il envoya à Saint-Martin de Lantasque, dans les Alpes-Maritimes, un détachement ; quelque-uns des chasseurs éprouvèrent les atteintes du choléra, qu'ils avaient apporté en germe en quittant le foyer de l'épidémie. Comme la Vésubie passe à Saint-Martin de Lan-

CORRESPONDANCE
(*Suite*)

bieu, cher confrère, que ce n'est ni vous ni nous, qui verrons sa création. Le veut n'est pas aux restrictions des libertés et si nombre de médecins abusent de leur indépendance, qu'y faire, sinon leur démontrer qu'ils ne gagneront rien aux pratiques déloyales et se coaliser, lorsqu'on le peut, contre eux. Il serait sûrement plus commode de voir l'Ordre s'opposer aux excès de la concurrence ; mais que d'abus possibles dans la répression par les pairs, Vous dîtes que dans votre région, un médecin nouveau venu, fait des abonnements de famille à prix réduit ; un confrère rival, tout jeune, lutte en faisant les mêmes prix et vous êtes victime. Les paysans, les Sociétés de secours mutuels disent : « Autrefois nous étions obligés de rechercher le médecin ; aujourd'hui nous en avons toujours un à notre porte ! » Hélas ! c'est ainsi, bien souvent, que le pire ennemi du médecin c'est le médecin lui-même. Vous ajoutez : « Nous avons un *Syndicat*, et quand une difficulté s'est élevée, celui que nous condamnions donnait sa démission et continuait ses errements abusifs. Que peut faire un médecin sans fortune, dans ce cas, si ce n'est hurler avec les loups et lutter pour vivre. » Nous sommes bien forcés de convenir que lorsque les médecins sont animés d'un tel esprit, le Syndicat n'y peut rien et soyez assuré que l'*Ordre des médecins* n'y pourrait rien de plus, quelque draconiennes que fussent ses sanctions. Le Syndicat ne peut être qu'une réunion d'honnêtes gens, ***faisant honnêtement et dignement leur devoir*** et se ***protégeant les uns les autres***. Tant pis pour les loups ; qu'ils se dévorent *entre eux* !

Dr L., à A. (Maine-et-Loire). — Nous insérerons, prochainement, votre note thérapeutique ; elle est pratique et rendra des services. Ce sont, en effet, ces moyens simples qui rendent, au praticien, des services quotidiens et lui méritent la reconnaissance de ses malades. Un petit progrès thérapeutique accompli est fertile en bons résultats et nous regrettons de ne pas recevoir, aussi souvent que nous le souhaiterions, des communications comme la vôtre. Si le *Concours* rend des services pro-

fessionnels journaliers, il doit en rendre au point de vue de la médecine; ce qu'on y publie a, dans ses colonnes, une valeur spéciale, puisqu'il est lu avec intérêt par tous nos adhérents. Combien de feuilles médicales, qui restent intactes, sur le bureau du médecin !

Dr B., Paris. — Selon votre avis, nous ne reproduirons plus votre annonce de clientèle, déjà insérée plusieurs fois. Vous devez comprendre que ces insertions doivent être limitées sous peine d'encombrer cet utile service. Remarquez que, comme bien des confrères, sans nous informer de ce qui était survenu, vous avez reçu nombre de lettres au sujet de votre offre. Il serait nécessaire, quand on insère un avis, de nous aviser, au moins une fois par semaine, du résultat qu'il a produit et nous dire si nous devons continuer ou laisser la place à d'autres.

Dr T. V., Paris. — Pour les médecins de Paris et de la banlieue qui recommandent le Hammam (18, rue des Mathurins) à leurs clients, l'établissement leur accorde des entrées à peu près gratuites. Il vous suffira de décliner votre qualité au directeur et de demander une carte.

DE L'HONNÊTETÉ professionnelle

Par le Dr PERRON

On peut se procurer la brochure en adressant 1 fr. en timbres-poste à MM. Millot frères et Cie 20, rue Gambetta, à Besançon (Doubs), ou aux bureaux du journal, 23, *rue de Dunkerque, PARIS.*

Nous ne saurions trop engager les Membres du Concours et surtout les dignitaires des Associations médicales à se procurer et à propager ce code de déontologie qui est rédigé sous la forme la plus attrayante. Tous les syndicats devraient en gratifier leurs membres. On ne peut trouver meilleur emploi d'une partie du fonds social.

tasque, au-dessus du point où l'on fait entrer ses eaux dans le canal d'irrigation, il s'en suivit un empoisonnement des eaux potables de Nice et le mal se développa aussitôt sur le littoral.

Les autorités niçoises firent tout ce qui était en leur pouvoir pour cacher l'événement. Ce fut inutile, d'ailleurs et je me rappelle avoir lu un article anonyme, fort judicieux, et fort modéré, qui parut alors dans un journal de la localité, et qu'on attribuait au consul d'Angleterre. Cet article disait, entre autres choses, que si le maire de Nice voulait tenir secrètes les circonstances sanitaires de la ville, il fallait, avant tout, supprimer l'administration des postes. Il est clair, en effet, que les personnes intéressées arrivent toujours à se renseigner, et que la publicité s'empare nécessairement des faits, surtout quand il s'agit d'une ville qui devient, à un moment donné, le point d'arrivée d'un nombre d'étrangers considérable.

De plus, il faut considérer que, dans des cas de ce genre, il est criminel de cacher le danger. Les étrangers qui arrivent dans une ville d'hiver ou dans une ville d'eaux, et qui s'y trouvent en présence d'une épidémie, peuvent devenir victimes du mal, l'accroître aux dépens des habitants ordinaires de la ville, en disséminer le germe partout lorsqu'ils s'en vont, et occasionner ainsi les événements les plus funestes. On ne peut alléguer, en faveur de la doctrine du silence, que le misérable intérêt de quelques personnes qui spéculent sur l'affluence de visiteurs, et il faut bien reconnaître que lorsqu'il s'agit de la vie et de la mort d'un nombre considérable de personnes, des intérêts de cette nature doivent être impitoyablement sacrifiés.

On va voir cependant que tout le monde ne pense pas ainsi.

Je publiai à cette époque divers articles, dans lesquels je montrais nettement la situation. L'un d'eux fut reproduit dans le journal le *Times*. Il indiquait, entre autres choses, qu'il y avait eu des cas de choléra à Monaco. Là-dessus, huit maîtres d'hôtel de cette ville m'intentèrent un procès, dans lequel ils se basaient sur ce fait qu'il n'y avait jamais eu de choléra à Monaco — fait inexact d'ailleurs, car il y avait eu deux cas mortels ; — sur quoi, prétendant que mes allégations étaient de nature à nuire à leur commerce, ils me demandaient 10.000 francs de dommages-intérêts et l'insertion du jugement dans divers journaux de Londres, Vienne, Berlin, Paris, Saint-Pétersbourg, etc., etc.

Il était bien naturel de me défendre. L'affaire fut jugée par le tribunal civil de Nice ; on me proposa une transaction ; on offrait de me laisser tranquille, à la condition que je rétracterais ce que j'avais dit : le président du tribunal — M. Machemain, — me fit dire par mon avocat, que c'était, en effet, le meilleur parti à prendre. Je refusai net. On plaida : le substitut du procureur de la République, faisant fonction de ministère public, prit la parole, ce qui est assez rare dans les causes civiles. Il s'expliqua assez longuement, et avec beaucoup d'énergie, et il conclut au rejet de la demande. Les demandeurs furent condamnés à payer les frais et dépens de la cause.

Il semble, d'après cet exposé, que je n'ai eu qu'à me féliciter de mon attitude. Mais on doit envisager le fond des choses. En réalité, j'ai rempli, dans cette affaire, un devoir professionnel : en récompense de ce que j'ai fait, j'ai eu un procès à soutenir ; ce procès offrait un caractère douteux ; les juges semblaient disposés à me donner tort ; il a fallu m'en occuper ; enfin, tout le monde sait que les frais et dépens d'une cause ne comprennent pas les honoraires des avocats. Aussi j'observe que j'ai dû payer ceux qui restaient à ma charge, et cela m'a coûté la somme de *cent francs*. De sorte que mes adversaires ont réussi à me tracasser beaucoup, et à m'infliger, par-dessus le marché cent francs d'amende, ce qui est quelque chose.

Depuis cette époque, le temps a marché, et je vois qu'aujourd'hui M. Gibert se plaint de n'avoir pu empêcher l'affluence des étrangers au Havre, qui, d'après lui, — et je suis bien de son avis, — n'a pas peu contribué au développement de l'épidémie cholérique. Mais si M. Gibert avait été en mesure d'essayer quelque chose dans ce sens, et d'empêcher que le commerce du Havre eût profité de l'arrivée des 30,000 personnes qui y sont venues le 15 août dernier, M. Gibert est-il bien sûr et bien certain qu'il ne lui serait pas arrivé quelque chose d'analogue à ce que j'ai subi moi-même, dans des circonstances du même genre ?

Voici à quoi je veux en venir.

Nous avons en France une tendance évidente à cacher certaines choses ; c'est une tendance très vicieuse, et qui produit les plus grands malheurs. On cherche aujourd'hui à réagir contre cette manière de procéder ; c'est à merveille. Mais il ne faut pas que le corps médical soit victime de cette réforme.

Une loi est en discussion. Elle va nous obliger, sous peine d'amende, à faire connaître à l'administration les cas de maladies contagieuses qui pourront s'offrir à notre observation. Mais va-t-elle nous offrir une défense contre les amendes qu'on pourra nous infliger, pour nous punir d'avoir rempli cette obligation nouvelle ? Il ne faut pas nous mettre dans une impasse et nous exposer au papier timbré, sans que nous ayons aucune garantie pour protéger nos propres intérêts. Si l'on exagère les difficultés de notre situation, il arrivera ce qui arrive toujours en pareil cas ; c'est que la pratique ne répondra pas à la théorie du législateur et que la loi tombera en désuétude.

Il ne faudrait pas dire que dans le cas particulier où je me suis trouvé, il y a eu de ma part une démarche qui n'était pas renfermée dans la limite des actes professionnels et que, si l'on m'a attaqué, c'est parce que j'ai publié quelque chose dans un journal. La même série de faits peut se produire pour un confrère qui se bornera à envoyer une déclaration aux autorités administratives : il suffira que la presse locale s'empare de la question : la déclaration du médecin sera la base de tout et c'est sur lui que retombera tout le poids de l'affaire.

Qu'on cherche bien. On reconnaîtra qu'il y a dans la loi projetée une lacune. Cette loi est bonne évidemment ; mais elle nous impose une obligation nouvelle, et cette obligation peut devenir onéreuse, et dangereuse pour nos intérêts. Nous avons à demander une compensation qui puisse nous servir de garantie. Rien n'est plus simple que de transformer le désir en propositions nettes et pratiques. Puisqu'on nous demande ces déclarations, c'est qu'on les croit utiles, c'est qu'on les regardera comme un service rendu. On

peut nous attribuer des honoraires déterminés pour cet objet. Que l'administration nous délivre, pour chaque déclaration, un honoraire convenable. Voilà la compensation. Si l'on veut agir autrement, il arrivera, de toute nécessité, un jour ou l'autre, que les médecins refuseront le service, et qu'on sera forcé de se résigner à ce refus.

Dr Prompt (bourg d'Oisans).

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Note sur les applications nouvelles du courant alternatif sinusoïdal en gynécologie

Par le Dr G. Apostoli.

Pendant l'année 1892, du mois de mars au mois d'août, le docteur Apostoli a utilisé en gynécologie les courants alternatifs sinusoïdaux introduits dans l'électrothérapie par le professeur d'Arsonval.

34 malades dont *12* présentaient des fibromes de l'utérus et *22* des affections des annexes furent, dans un total de *320* séances, soumises à ce nouveau genre de traitement.

L'appareil employé à la clinique du Dr Apostoli, appareil, bien imparfait encore puisqu'il est le premier modèle construit par Gaiffe, représente une machine magnéto-électrique de Clarke, modifiée et transformée par M. d'Arsonval.

La vitesse des alternances données par l'appareil, qui est mis en mouvement par une pédale de machine à coudre, se règle sur la sensibilité des malades ; la moyenne est de *4* à *6* mille alternances par minute ; le maximum de *11* à *12* mille.

Les *34* malades présentaient des symptômes très variés, mais toutes furent soignées de la même façon : un pôle utérin sous forme d'un hystéromètre, un pôle cutané représenté par une plaque métallique enfermée dans un gâteau de terre glaise appliqué sur le ventre. La durée de chaque séance ne dépassait guère *cinq* minutes et le nombre des applications variait entre *deux* et *trois* par semaine.

Malgré l'outillage imparfait, malgré le peu de durée de l'expérimentation, malgré le nombre restreint des malades observées, mais bien observées, le courant alternatif sinusoïdal a donné, entre les mains du Dr Apostoli, des résultats qui, pour n'être que des résultats incomplets n'en sont pas moins déjà très appréciables et dignes d'être rapportés.

En se plaçant dans des conditions opératoires particulières, le Dr Apostoli a reconnu que :

1° Le courant alternatif sinusoïdal appliqué dans la cavité utérine, est toujours inoffensif et bien supporté.

2° Son application n'est suivie d'aucune réaction douloureuse ou fébrile et amène au contraire, dans la majorité des cas un bien-être symptomatique manifeste.

3° Il n'arrête pas les hémorrhagies ; il ne les augmente pas ; mais il tendrait à en provoquer, dans certains cas, la continuité.

4° *Il calme la douleur* et cette action s'affirme dès les premières séances, très souvent dès la fin de la séance.

5° Il agit, mais pas toujours, sur la leucorrhée qui, le plus souvent diminue, ou disparaît même complètement.

6° Il n'agit pas sur l'hydrorrhée, liée à certains fibromes.

7° On ne sait rien encore de son influence sur la diminution du volume des tumeurs fibreuses.

8° *Il active et favorise très certainement la régression et la résolution des exsudats péri et paramétritiques.*

En somme, c'est un traitement dans sa période de début ; mais, dès maintenant, il se montre appelé à un grand avenir gynécologique ; combattant avec avantage le symptôme douleur dû à des affections de l'utérus ou de ses annexes, il marche à côté des courants galvaniques et faradiques ses aînés, et ses maîtres encore, dont est déjà l'auxiliaire actif, en les suppléant dans certaines indications que l'avenir appréciera mieux. Quand on aura recherché avec soin, quelles sont les conditions opératoires les meilleures, pour combattre des états pathologiques différents — dans quel cas il faut faire varier le nombre, la durée, le rapprochement des séances — quand on aura étudié aussi les améliorations, anatomiques ou symptomatiques, résultant des variations de voltage, d'intensité du courant, et de vitesse des alternances, on aura acquis la conviction que la gynécologie conservatrice, déjà forte avec les courants faradique et galvanique, vient de se donner une arme de plus.

BULLETIN DES SYNDICATS

Société locale de l'Oise.

L'Indemnité-maladie.

L'Association locale de l'Oise se réunissait dernièrement et la question *Indemnité-maladie* revenait naturellement devant elle.

Voici en quels termes son Président, M. le Dr Cézilly, a résumé les travaux antérieurs et exprimé son avis sur la situation présente :

Messieurs et chers confrères,

Vous vous rappelez le travail remarquable publié, sur l'indemnité maladie, dans le *Concours médical*, en mars 1891, par M. le Dr Maurat et le projet de statuts élaboré par lui : vous en aviez décidé l'envoi à toutes les Sociétés locales. Vous vous rappelez aussi qu'au mois d'avril, à l'Assemblée Générale de l'Association, nous avions tenté de faire prévaloir nos vues près du Conseil Général et avions obtenu que la question restât à l'étude.

Mais la solution n'avançait pas sensiblement, quand le changement de Président est venue apporter dans les dispositions du Conseil Général un élément nouveau. Vous savez, en effet, que M. le Président Lannelongue, de concert avec le Conseil, a présenté à l'Assemblée Générale de 1892 un projet de création d'une *Caisse d'indemnité-maladie* constituée par des dons et par une certaine contribution des Sociétés locales.

Ce projet, rapporté par M. le Dr Bucquoy, se traduisait par les articles suivants :

Article premier. — Il est créé au sein de l'Association générale des Médecins de France une Caisse centrale d'*Indemnité-Maladie*.

Art. 2. — La dotation de la Caisse centrale est formée :

1° Par une première mise de fonds de 20,000 francs versés par la Caisse générale de l'Association ;

2° Par un don de 4,000 francs de la Société centrale.

D'autre part, cette Caisse est alimentée :

1° Par un versement annuel de 3,000 francs provenant de la Caisse générale de l'Association ;

2° Par une contribution annuelle des Sociétés locales fixée au chiffre de 4 francs par sociétaire ;

3° Par les dons et legs particuliers faits à l'Association pour la Caisse de l'*Indemnité-Maladie* ;

4° Enfin, par les intérêts de tous les capitaux accumulés et affectés à cette Caisse.

Art. 3. — Tout membre de l'Association générale a droit à l'indemnité en cas de maladie, dans les conditions qui seront fixées par un règlement spécial. Il sera tenu d'en faire la demande à sa Société locale.

Art. 4. — Chaque Société locale contribuera pour un tiers aux allocations accordées aux sociétaires malades ; la Caisse centrale fournira les deux autres tiers.

Art. 5. — En cas de liquidation de ladite Caisse, les fonds restants feront retour à la Caisse générale de l'Association.

Art. 6. — Un règlement particulier, élaboré par les soins du Conseil général, et destiné à établir le mode de fonctionnement de la Caisse *Indemnité-Maladie*, sera présenté à l'approbation de la prochaine Assemblée générale de l'Association.

Le rapporteur, dans l'exposé des motifs de ces propositions, s'appuyait sur des renseignements pris auprès du Ministre de l'Intérieur et qui pouvaient se résumer de la manière suivante.

Pour établir l'indemnité-maladie il faut :

1° Justifier d'un avoir social qui permette d'attribuer une indemnité à chacun des membres participants en cas de maladie ;

2° Ne pas toucher aux fonds actuels de la *Caisse des pensions viagères* ;

3° Dans le cas où le taux de la cotisation serait augmenté, rendre cette augmentation uniforme pour tous les membres, une caisse alimentée par un certain nombre d'adhérents seulement ne pouvant pas être autorisée.

Il fallait donc, disait M. Bucquoy, renoncer à tous les projets à cotisations variables et, d'autre part, il était impossible d'imposer, à tous, l'augmentation nécessitée par la création de l'indemnité maladie de droit. Mais, ajoutait-il, M. le Président Lannelongue a pensé qu'on pouvait créer une caisse d'indemnité-maladie *à laquelle participeraient seuls ceux qui en auraient besoin et le demanderaient.*

Cette caisse devait être alimentée par 1° un don de 6.000 francs offert par M. le Président Lannelongue ; 2° un prélèvement de 20.000 francs sur les disponibilités de la caisse générale de l'Association ; 3° un don de 4.000 francs de la Société Centrale. En tout 30.000 francs.

En outre, le rapporteur demandait que les Sociétés locales votassent, chaque année, 4 fr. par sociétaire, ce qui produirait 32,000 francs environ. Il ajoutait que la caisse des pensions viagères pouvait se passer des contributions volontaires des Sociétés locales.

Ainsi pouvait être créée une caisse d'indemnité-maladie.

Je n'ai pas à retracer la discussion qui s'en suivit, il me suffit de rappeler que, le 25 avril 1892, l'Assemblée générale votait à l'unanimité les deux propositions suivantes :

1° Soumettre le projet exposé dans le rapport de M. Bucquoy à l'examen des Sociétés locales et leur demander par oui ou par non leur opinion sur ce projet.

2° Leur proposer, si elles sont favorables à ce projet, de porter de 12 à 20 francs le chiffre de la cotisation annuelle.

Ce sont ces propositions que nous avons à discuter aujourd'hui.

Voulez-vous me permettre, Messieurs et chers confrères, de vous remettre sous les yeux ce que je vous disais ici-même, en 1890 ?

L'Association générale doit renoncer à capitaliser indéfiniment.

Elle pourrait distraire de la cotisation de 12 fr., deux ou trois francs en faveur de la caisse indemnité maladie.

Elle pourrait déterminer tous ses adhérents à verser, par mois, 2 fr., au lieu de 1 franc.

Par l'adoption de ces simples mesures, elle créerait une œuvre de droit *mitigée par l'Assistance mutuelle.*

Or, l'Association propose de distraire 4 fr. de la cotisation et de porter la cotisation annuelle de 12 à 20 francs, réalisant ainsi cette œuvre au caractère de laquelle je faisais allusion.

Ce n'est pas une médiocre satisfaction pour nous, que de voir que les idées nées au sein de notre Société sont acceptées par le nouveau Président de Association et par le Conseil général.

Aussi, chers confrères, si vous vouliez décider dès aujourd'hui que nous enverrons 4 fr. par tête de sociétaire et que nous acceptons la cotisation annuelle de 20 fr. à la condition que les 8 fr. d'augmentation soient versés à la caisse *indemnité-maladie*, et si, d'autre part, ces idées pouvaient prévaloir près des autres Sociétés locales, l'œuvre pourrait disposer dès la première année :

1° De 30,000 francs de dons et de 32,000 de premier versement prévus par le projet Bucquoy ;

2° De 64,000 francs montant des versements annuels ;

Soit 126,000 francs qui représenteraient 12,600 journées de maladies, à 10 fr., ou 25,000 journées à 5 fr., soit 3 journées par membre, ce qui est suffisant.

L'œuvre serait fondée et j'ai tout lieu de croire, qu'une fois l'Association générale reconnue d'utilité publique, il ne serait pas impossible de faire revenir les Pouvoirs publics sur cette fameuse formule de *tous ou pas un*, et de créer enfin *l'œuvre de droit absolu* à laquelle nous aspirons tous.

Je viens, en conséquence, chers confrères, vous prier de donner à l'Association Générale et à son nouveau Président cette preuve de bonne volonté et, faisant le sacrifice momentané de vos sentiments personnels, de prouver que vos critiques, si parfois elles sont vives, ne sont dictées, que par la recherche persévérante du bien et du mieux dans le bien.

Si la création de cette caisse avorte, les ressources que nous aurons créées par notre vote serviront à la constitution d'une *Caisse locale* que nous constituerons avec l'assistance du Syndicat de l'Oise, et nous attendrons, en agissant, que l'Association générale finisse par trouver une solution acceptable.

Alors nous ferions campagne pour faire triompher l'opinion fortement motivée de M. Duthil, de Bordeaux, qui examinant la formule *tous ou pas un*, montre que rien ni dans la loi, ni dans les statuts des Sociétés de secours mutuels, ne s'oppose à la création d'une caisse alimentée par les cotisations de ceux-là seuls qui veulent participer à ses avantages.

Vous avez entendu la savante dissertation de M. Duthil, je n'y reviendrai pas, je termine en vous

demandant, chers confrères, de créer d'abord la caisse indemnité-maladie, quitte à la perfectionner plus tard puisque la loi ne s'y oppose pas.

Après une discussion approfondie, la Société locale de l'Oise a adopté les deux propositions.

Au contraire, plusieurs sociétés, dont nous venons de recevoir les comptes rendus, refusent absolument *l'indemnité-assistance* et veulent *l'indemnité de droit*. Qui se mettra le premier, à la besogne ?

Syndicat médical de Douai et de la région.

Séance du 29 septembre 1892.

Présents : MM. Sockeel, *Président*, Pollet, *Secrétaire*, Faucheux, Monnier, Lambilliotte, Baude, Desmoulin, Toison, Wigniolle, Vandamme, Dubrulle, Martin, Dransart (Dorignies), Vallée, Houriez, Sarrasin, Selle, Lenne, Deltombe, Plet, Thiéry.

Excusés : MM. Dransart (Somain), Frey.

La discussion s'engage sur la question de la conduite à tenir par le médecin étranger à une Société ou Compagnie envers le ou les médecins attitrés de la dite Société ou Compagnie.

M. *Martin* demande la division de la question. Il est, dit-il, des Compagnies qui paient intégralement le médecin ; en ce cas la Compagnie est libre ; il est d'autres Compagnies où les ouvriers laissent un tant pour cent ; en ce cas, l'ouvrier devrait avoir une certaine latitude dans le choix du médecin.

M. *Monnier* estime que ce serait là une question à trancher avec les Conseils d'Administration des Compagnies.

M. *Pollet* croit devoir faire observer que, sur ce point, il est une administration qui, par la solution qu'elle a donnée à la question, semble, selon lui, trancher une partie de la proposition. Le Bureau de Bienfaisance, qui paie intégralement les médecins attitrés de ce service, a, sur la proposition de ces derniers, décidé que tout malade qui choisirait, même en consultation, un médecin étranger au service, sans l'assentiment de ceux-ci, perdrait tout droit aux secours dudit Bureau. M. *Pollet*, en ce qui le concerne, se déclare satisfait de cette solution, en ce sens qu'elle n'oblige pas le médecin de bienfaisance à faire abnégation de sa dignité et subir une consultation, dont on ne lui a jamais demandé l'acceptation.

M. *Selle* élargit la question et pose comme base que aucun médecin ne devrait voir un malade sans en avertir le confrère médecin de la famille ou de la Compagnie.

M. *Baude* est d'un avis semblable, en ajoutant que l'avertissement donné au confrère éviterait toute espèce de critique involontaire.

M. *Vandamme* déclare que tous les médecins doivent avoir pour principe de ne jamais critiquer un confrère. C'est du reste, pour les médecins syndiqués, une obligation statutaire.

M. *Hourieʒ* demande si un médecin attitré d'une Compagnie pour un certain rayon peut se rendre dans un rayon autre que celui dont il est chargé, en tant toutefois que le titulaire dudit rayon n'a pas été appelé.

M. *Vandamme* estime que la liberté individuelle doit être respectée, mais il impose au médecin l'obligation de savoir quel est le titulaire du service de ce rayon et de le prévenir. Il voudrait que le confrère s'informât si le malade a prévenu le médecin titulaire, et refusât ses soins en cas de réponse négative.

M. *Selle* fait observer que, d'après les règlements des Compagnies, chaque médecin a la responsabilité du service de son rayon et que, seul, il a qualité pour signer les feuilles de maladie au moyen desquelles le malade touchera sa subvention. Il demande si l'on accorde au médecin étranger le droit de signer ces feuilles : ce serait la négation absolue du médecin.

M. *Vandamme* estime que la situation du médecin de Compagnie est double : outre sa position de médecin traitant il est aussi médecin expert. Il ne doit jamais se départir de cette dernière qualité qu'il doit exercer d'une manière absolue même chez les malades qui ont un autre médecin ; mais alors, il n'intervient pas dans le traitement.

MM. *Monnier* et *Pollet* partagent cet avis.

M. *Vandamme*, vu l'absence de M. Buisson, qui devait faire une proposition, estime qu'il y a lieu de renvoyer la question à la séance prochaine.

Tout en reconnaissant le bien fondé de cette motion, M. *Pollet* estime que l'on pourrait toujours admettre, sous réserve et à titre de conseil, la manière d'agir ci-après :

Quelle que soit la situation attitrée ou non d'un médecin, on ne doit jamais soigner un malade ou un blessé en traitement, sans prévenir le médecin titulaire du service.

Dans ce cas, ce dernier ne doit pas intervenir dans le traitement : il se borne à son rôle d'expert pour constater la durée de l'incapacité de travail.

En dehors de son rayon, le médecin traitant ne doit pas signer de feuilles de paie, même s'il a soigné le malade.

M. *Vandamme* fait observer que, quelques ouvriers de Compagnie habitant loin du médecin de la Compagnie et très près d'un autre médecin, il arrive souvent qu'à titre de bonne confraternité, voire même de réciprocité, ce médecin soigne gratuitement ces malades. Il pense qu'en ce cas, il n'y aurait aucun inconvénient à ce que le médecin traitant signât la feuille de paie.

Sur la remarque que, vu le mutuel consentement, personne ne se plaindra, cette proposition est adoptée.

Sur la question relative aux confrères qui refusent de payer leur cotisation, M. le Président expose que : la quittance de la cotisation a été, conformément à l'article 28 des statuts, présentée par la poste à un confrère qui en a refusé le paiement. Le Président prévenu a écrit au confrère incriminé pour l'avertir que le trésorier n'avait fait qu'exécuter les statuts, et qu'il espérait le voir payer sa cotisation lorsque, le mois suivant, elle lui serait représentée par la poste, à moins qu'il ne préfère en acquitter le montant avant cette époque. Cette lettre est restée sans réponse, et la quittance présentée par la poste est revenue impayée. Le Secrétaire a alors été invité à écrire au confrère incriminé pour l'informer que son cas serait déféré à l'Assemblée Générale et l'inviter à venir présenter ses observations. En présence de son silence et de son absence, le Syndicat est dans la nécessité de statuer.

Le Secrétaire expose que, pour mettre le Syndicat à même de juger avec conciliation, il a pris l'avis du Directeur du *Concours médical*. Celui-ci estime qu'il faut montrer au confrère le mal fon-

de de sa manière d'agir, et que, en cas de refus réitéré, il y a lieu de le considérer comme démissionnaire.

Un membre propose alors, si le confrère en question accepte cette démission forcée, de n'avoir avec lui que les relations imposées, en les évitant le plus possible.

Un autre membre, désireux de voir cette situation fausse s'améliorer, demande à l'Assemblée de surseoir quinze jours à sa décision. Il verra le confrère, il l'engagera à payer sa cotisation et à conserver sa place dans le Syndicat. Si satisfaction n'est pas obtenue pour cette époque, le Bureau agira.

Cette proposition est adoptée.

D'après les statuts, il est obligatoire pour chaque médecin syndiqué d'envoyer sa note d'honoraires chaque année. Le Syndicat rappelle cet article des statuts que chacun voudra respecter.

Le livre noir, qui s'appellera désormais le *livre de Renseignements*, sera préparé par le Secrétaire et remis à chaque membre, qui désignera au Bureau ceux des clients pour lesquels il demande la mise à l'index. Le Secrétaire estime que, si chacun veut bien y mettre du sien, ce travail sera terminé pour la fin de l'année.

A l'unanimité, M. Pollet, Secrétaire du Syndicat, est désigné comme délégué à l'Assemblée Générale de l'Union des Syndicats du 27 novembre 1892. Pouvoir lui sera délivré.

Quelques membres font observer que leur situation de médecin des Bureaux de Bienfaisance devient de plus en plus précaire ; chaque année voit augmenter le nombre des indigents, et les appointements restent stationnaires, quand ils ne subissent pas de réduction.

M. *Pollet* fait observer que peu d'entre les membres syndiqués ont répondu au questionnaire qui leur avait été posé, ce qui semblerait indiquer le peu de préoccupation de beaucoup d'entre eux sur cette question ; néanmoins, il croit qu'il y a quelque chose à faire, et il propose que le Bureau écrive à M. le sous-préfet pour le prier de rappeler aux maires de l'arrondissement, présidents des Bureaux de Bienfaisance, que le médecin doit être appelé lors de la confection de la liste, et qu'il renverra aux administrations les états qui ne constateraient pas la présence du médecin à cette séance, ainsi que les observations qu'il aurait cru devoir formuler.

Cette proposition est adoptée, avec invitation de faire diligence pour que l'application en soit faite cette année même.

REPORTAGE MÉDICAL

Déclaration obligatoire des maladies infectieuses. — La question de la déclaration obligatoire semble aujourd'hui tranchée en France : d'ici peu, le médecin, sera contraint, de par la loi, de déclarer les affections contagieuses à l'autorité publique. Après les discussions qui ont eu lieu à la Société de Médecine publique, et qui se sont terminées par un vote favorable, il ne reste plus d'échappatoire aux adversaires de cette mesure. Si, peut-être ; puisqu'il reste à décider par un règlement quelles sont les maladies à déclarer, et que la lutte peut recommencer à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, il n'est peut-être pas hors de propos de rapporter les résultats qu'a donnés ailleurs cette déclaration obligatoire. Une lettre d'Angleterre, publiée dans la *Semaine médicale*, nous en fournit l'occasion.

En Angleterre, la déclaration obligée est payée trois francs au médecin ; elle doit être faite le plus tôt possible, dans les vingt-quatre heures ; il n'y a donc rien d'étonnant qu'il se produise des erreurs de diagnostic. Une fois la déclaration faite, un inspecteur vient pour se renseigner sur la source de l'infection, signaler les défauts de salubrité pouvant avoir provoqué la maladie, et s'assurer des facilités qu'offre la maison pour l'isolement du malade. De là conflits entre les pères de famille, notamment les commerçants, et les médecins ; et conflits entre les médecins et les officiers de santé publique : d'où enfin opposition énergique contre la loi de 1889.

On a constaté que 6,2 % des malades envoyés dans les hôpitaux d'isolement étaient atteints d'une maladie autre que celle mentionnée sur leur certificat, ce qui donne en 1891 un total de 488 malades exposés à la contagion.

Autrefois, dans certaines villes, la déclaration était facultative, et elle donnait de meilleurs résultats. Ainsi les statistiques de mortalité ne montrent en rien l'influence de la déclaration obligatoire. Depuis 1871, la mortalité a été en décroissant, sauf pour la diphtérie qui a toujours été en augmentant jusqu'à maintenant ; et cette diminution n'a été accélérée en rien par la nouvelle loi. Au contraire l'application du système de la déclaration obligatoire aurait eu pour effet de ralentir la diminution remarquable qui s'était produite dans la mortalité des maladies infectieuses en général. Suivant M. Withnall (de Maidenhead), pendant la première année de mise en vigueur de la loi, la mortalité s'est élevée : à Bristol de 0,37 à 0,40 % ; à Wolverhampton de 0,33 à 0,35 % ; à Birmingham de 0,61 à 0,75 % ; à Sheffield, de 0,33 à 0,35 % ; à Hull de 0,37 à 0,39 % ; à Cardiff de 0,39 à 0,40 % ; à Liverpool de 1,18 à 1,55 %. A Brighton et Leeds, qui avaient conservé leur indépendance, en 1890 il en résulte une diminution de la mortalité de 0,42 à 0,38 pour la première de ces deux villes, et de 0,72 à 0,61 pour la seconde.

Malgré la déclaration, Londres est en proie à des épidémies de scarlatine et de diphtérie.

Puisque, jusqu'à ce jour, conclut l'auteur, la déclaration obligatoire n'a empêché en aucune façon la transmission des maladies infectieuses dans la ville de Londres, à quoi sert-elle ?

— *Retraite des médecins aliénistes.* — On a voté le vœu suivant au Congrès d'aliénation mentale :

Dans le cas où les traitements d'activité et les pensions de retraite du corps médical aliéniste seraient mis à la charge de l'Etat, comme on doit le désirer à tous les points de vue, et comme l'édicte l'article 45 du projet de loi sénatorial sur les aliénés ; les médecins d'asile, réunis en Congrès, réclament, comme conséquence de ce rattachement, le remaniement des traitements qui correspondent aux classes fixées par les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1876, et notamment la création d'une classe exceptionnelle de 9000 francs, outre les avantages en nature.

— *Indemnités aux familles des médecins morts en soignant des cholériques.* — En Russie, dans différentes localités, on n'oublie pas les médecins victimes

du devoir professionnel. A Ichernigow, on a accordé 5000 roubles aux familles des médecins et 3000 roubles à celles des étudiants. A Saint-Pétersbourg, une proposition analogue vient d'être faite, et il n'est pas douteux qu'elle ne soit bien accueillie par les autorités municipales.

— *L'eau potable à Liverpool.* — Le duc de Connaught vient d'inaugurer le nouveau réservoir d'eau potable de Liverpool. Sa construction a duré onze ans et a coûté 100 millions de francs. Il doit fournir à cette ville de plus de 500.000 habitants, 57 millions de litres par jour, c'est-à-dire environ 100 litres par habitant.

— *Loi sanitaire en Allemagne.* — Le choléra de Hambourg aura été l'occasion, pour le gouvernement impérial, d'un projet de loi pour la prophylaxie des maladies contagieuses. En effet, le chancelier a décidé la réunion des membres de l'office sanitaire pour préparer ce projet. Voici, entre autres, quelques-unes des questions qui seront discutées : liste des maladies visées par la loi ; constatation des maladies ; rôle du médecin dans les cas où la déclaration est obligatoire ; mesures prophylactiques à prendre ; dédommagements à accorder ; pénalités à introduire dans la loi pour en assurer l'exécution.

— *La poigne des bébés.* — L'homme est-il le cousin-germain du singe ? Question controversée. Pour l'éclaircir, M. Robinson Louis, qui a remarqué que les singes, même nouveau-nés, ont la poigne solide, a recherché si les bébés humains n'avaient pas une qualité analogue. Ses recherches, consignées dans le *Nineteenth century*, prouvent que les enfants dès la naissance, peuvent supporter le poids de leur corps pendant un temps plus ou moins long, si on leur fait saisir une petite barre fixe. C'est au quinzième jour que la suspension est la plus longue ; ils peuvent rester une minute et demie, deux minutes et même davantage sans lâcher prise.

C'est quelque chose, certainement ; mais, malgré cela, nous sommes obligés d'avouer que nous sommes bien dégénérés ; nous n'avons plus que deux mains au lieu de quatre, et pas le plus petit appendice caudal !

— *La tuberculose chez les rats.* — L'immunité du rat contre la tuberculose ne serait pas aussi absolue qu'on le dit, si l'on s'en rapporte à cette anecdote que nous trouvons dans la *Revue scientifique*. Un vétérinaire de Lancaster, près de Baltimore, ayant disséqué des rats, remarqua qu'un certain nombre portaient des lésions graves dues à la tuberculose ; sur vingt, quatorze étaient atteints. D'après ce praticien, ils l'auraient contractée en mangeant de la viande provenant d'animaux malades eux-mêmes.

NÉCROLOGIE.

Une statue à un médecin de campagne.

Un hommage vient d'être rendu, en Dauphiné, à *Domène*, au Dr Marmonier père, rénovateur de la transfusion du sang, qu'il a opérée avec succès et sans autres instruments que ceux de sa trousse. Une fontaine, surmontée de son buste, consacre une longue et honorable carrière de probité, de zèle philanthropique, de labeur scientifique et professionnel. Le Doyen de la Faculté de Montpellier, M. Grasset, a terminé, devant un nombreux auditoire, son allocution par les paroles suivantes, qui sont l'expression de la vérité, sur le rôle important du médecin de campagne :

« Aujourd'hui, un médecin éclairé et consciencieux, un chirurgien adroit et soigneux, peut prolonger la vie du paysan, de l'ouvrier et du laboureur au même titre, et avec plus de succès que les grands médecins des capitales peuvent le faire pour les riches et les puissants. »

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Viennent de paraître

1° **Traité élémentaire de Physiologie**, d'après les leçons pratiques de démonstration, précédé d'une introduction technique à l'usage des élèves, par J.-V. LABORDE, Directeur des Travaux pratiques de Physiologie à la Faculté, membre de l'Académie de médecine. Avec 130 figures dans le texte et 25 planches dans l'introduction. In-8 de 450 pages. Prix broché : **10** francs. Cartonné à l'anglaise, fer spécial, **12** francs.

(La physiologie est une science qui depuis quelques années a fait d'immenses progrès. Les ouvrages classiques de Béclard, Longet, Beaunis et Bouchard sont et resteront des modèles ; mais, soumis à la loi commune, ils vieillissent, ne sont plus au courant de la science. De plus, pour le professeur enseignant, il y a certains *desiderata* qu'il faut combler. Avec une compétence toute spéciale, le savant directeur des travaux pratiques de physiologie à la Faculté de Paris, a pu, avec une expérience de plus de douze ans de cours, arriver à combler ces lacunes.

Net **8** francs ou **9** fr. **60** *franco* pour MM. les membres du Concours médical.

2° Dr JOUIN. **Des différents types de Métrites** : leur traitement. — Prix : **6** francs.

(Faut-il rapporter à l'utérus seul les désordres inflammatoires comme le veut la vieille école, faut-il attacher plus d'importance à l'inflammation des annexes qu'à celle de l'utérus lui-même ? Telles sont les deux opinions qui ont cours aujourd'hui. Il est évident que ces opinions sont exagérées et qu'il faut chercher la vérité dans un juste milieu. C'est ce qu'a fait le Dr Jouin. Son traité des Métrites est une œuvre consciencieuse, bien rédigée, bien présentée et on ne saurait trop engager les praticiens à en prendre connaissance et à méditer les raisons qu'il donne en faveur de la détermination à prendre dans un cas donné. Ancien interne de M. le Professenr Péan, M. Jouin a acquis sous la direction de son maître des connaissances profondes, et c'est sous ses auspices qu'il présente son livre. Un tel parrainage dispense de tout éloge.) Dr M. de T.

Net **4** fr. **80** *franco* pour MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André. Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année N° 44 29 Octobre 1892

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

La vaccination anticholérique.

Les récents travaux de Brieger et Wassermann, d'Haffkine, de Klemperer, et l'expérience excentrique quoiqu'évidemment courageuse de M. Stanhope, ont de nouveau attiré l'attention sur la vaccination du choléra. On est parvenu à rendre les animaux complètement réfractaires à l'infection cholérique et tout fait espérer que cette vaccination appliquée à l'homme donnera constamment les mêmes résultats positifs.

Brieger et Wassermann ont immunisé des animaux en leur injectant dans le péritoine des cultures pures de bacilles-virgule sur extrait de thymus, chauffées à 65 degrés pendant 15 minutes : 1 c. m. c. de ces cultures suffit, pour un cobaye ; ces mêmes cultures sur bouillon chauffées de la même façon, sont immunisantes à 2 c. m. c. pour le même animal. — Haffkine a montré qu'une injection sous-cutanée de culture de bacilles-virgule dans une atmosphère aérée à la température de 39° immunisait complètement un animal contre toute injection de culture virulente dans les muscles. Il a fait sur lui-même ces expériences, après les avoir trouvées démonstratives chez les animaux.

Klemperer a immunisé des animaux en leur injectant des cultures de bacilles-virgule atténuées par la chaleur, 70 degrés, dans le tissu cellulaire sous-cutané ; bien plus, il a montré que le sérum d'un animal immunisé de cette façon, injecté dans le péritoine d'autres animaux, suffisait à doses très faibles, 0 c. m. c., 25, — pour les immuniser aussi.

Voilà certes des expériences bien concluantes pour les animaux. Espérons qu'elles donneront d'aussi beaux résultats chez l'homme. En fait, l'empirisme a en quelque sorte devancé la science, comme il arrive fréquemment en pareils cas. En 1885, un médecin espagnol dont le nom, après avoir été partout répété, est entièrement tombé dans l'oubli, M. Ferran, avait découvert le moyen d'atténuer le virus cholérique et l'avait inoculé à plus de 30.000 personnes, sans avoir fait au préalable des recherches aussi précises et aussi scientifiques que Haffkine et Klemperer. Ces essais ne furent pas si mauvais, puisque, d'après la statistique de M. Shakespeare, la mortalité par le choléra des personnes inoculées fut neuf fois moindre que celle des non inoculées,

3,41 °/₀₀ inoculées ;
33,58 °/₀₀ non inoculées.

M. Ferran avait déjà signalé en 1885 à l'Académie de Barcelone, que le vaccin du choléra était une culture pure de bacille-virgule dans du bouillon ; les doses élevées de culture virulente avait-il dit, produisent la mort chez les animaux, les doses faibles de culture atténuée produisent la vaccination chez l'homme comme chez les animaux. Les résultats obtenus ont confirmé les allégations du médecin espagnol ; la vaccination anticholérique est une vérité scientifique ; c'est, comme pour d'autres maladies infectieuses, une question d'accoutumance au poison. Une fièvre typhoïde, une variole, une scarlatine ne protègent-elles pas contre les accidents graves d'une seconde atteinte ?

D'où vient donc l'indifférence injuste qu'on a professée à l'égard de la découverte de M. Ferran ? De la sévérité partiale du rapport adressé par M. Brouardel à la séance de l'Académie de médecine du 7 juillet 1885. Mais cette sévérité s'explique ; elle n'avait rien d'injuste. M. Ferran a voulu faire de sa découverte une entreprise commerciale : « Donnez-moi de l'argent, a-t-il dit et je vous livrerai mon secret. » Les vrais savants ne procèdent pas ainsi, en France : que l'on compare Pasteur et M. Ferran ; il ne suffit pas d'être un savant pour être apprécié à sa juste valeur, il faut être un homme de caractère. Nous rendrons justice à la découverte de M. Ferran, tout en regrettant son peu de désintéressement.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Traitement des métrites (*suite*).

2° Métrite du corps et du col.

Doit-on maintenir l'ancienne division en métrite parenchymateuse et métrite endothéliale ? Evidemment non, au point de vue du traitement ; car la métrite parenchymateuse n'est qu'une modalité anatomo-pathologique plus avancée de la métrite endothéliale. C'est dans la thérapeutique de cette forme de métrite que l'on trouve le plus d'avis différents et le plus de procédés prônés par les divers auteurs. Les chirurgiens conseillent le curettage, les médecins emploient les cautérisations internes. Tout le monde prétend avoir eu des succès avec sa méthode, Pozzi avec son curettage, Dumontpallier avec ses crayons intra-utérins, de chlorure de zinc, et voilà qu'au Congrès de Bruxelles, cette année, nombre de chirurgiens viennent nous apporter des statistiques décourageantes sur ces deux méthodes, qui aboutissent l'une à la péritonite, à la métro-salpingite, quand elle ne produit pas de perforations (Lannelongue, de Bordeaux), l'autre, à l'atrésie complète du corps et du col utérins avec hydro ou pyo-salpinx consécutifs (Vulliet, de Genève). Pour nous, nous croyons que ces méthodes sont en général trop brutales et qu'elles sont aussi condamnables pour l'utérus que l'écouvillonnage violent de l'urèthre dans la blennorrhagie uréthrale chronique. Nous l'avons déjà répété, l'utérus doit être manié doucement et le curettage n'est pas, que nous sachions, une opération bien douce.

L'utérus est tiraillé par des pinces, amené à l'orifice vulvaire, dilaté, lavé, puis labouré avec une curette tranchante. Ce traumatisme est certainement dangereux pour les trompes et pour l'utérus lui-même. D'autre part, le crayon de chlorure de zinc de Dumontpallier ne vaut pas mieux que le crayon de nitrate d'argent ou autre caustique (1). La cavité utérine est enflammée, intolérante et on la force à contenir un caustique aussi puissant que le chlorure de zinc pendant trois, quatre, cinq et même huit jours. Souvent, de fortes coliques se produisent et l'expulsion se fait rapidement ; le crayon tombe dans le vagin et il faut naturellement veiller à ce qu'il n'y séjourne pas, si l'on veut éviter les cautérisations profondes de la muqueuse vaginale. Si le crayon est toléré, il cautérise énergiquement et cicatrise la cavité utérine qu'il rétrécit outre mesure. Nous préférerions un caustique moins puissant, les crayons de sulfate de cuivre que Jullien et Arnaud conseillent d'employer, comme ils l'ont fait eux-mêmes à Saint-Lazare (2).

La métrite chronique ressemble à la blennorrhagie uréthrale chronique, à la goutte militaire ; les femmes perdent en blanc comme les hommes ont le canal humide tous les matins ; nous croyons même que nombre de métrites chroniques sont d'origine blennorrhagique plus encore que puerpérale, et comment s'en étonner ? Il y a tant d'hommes qui ont cette goutte militaire blennorrhagique qu'on pourrait admettre avec vraisemblance la contamination secondaire des femmes par ce vieil écoulement de leurs maris (3). Quoi qu'il en soit, nous regardons la métrite chronique comme d'origine gonococcique et, par conséquent, comme justiciable du même traitement que les blennorrhées uréthrales chroniques.

Voici donc ce que nous employons, à l'exemple de Reverdin, de Neisser, de Chéron, de Bonnaire, de Verchère : Après avoir convenablement épongé et essuyé le vagin avec des tampons, nous faisons de larges lavages vaginaux au sublimé chaud, ou au permanganate, au moyen du bock d'Esmarch ; nous insensibilisons le canal utérin avec la cocaïne, puis nous faisons une instillation intra-utérine de solution de sublimé, de nitrate d'argent ou de permanganate de potasse aux mêmes titres, à la même température et avec les mêmes précautions que nous avons indiquées plus haut à propos de la métrite aiguë et nous tamponnons à la gaze iodoformée ou à l'ouate imbibée de glycérine ichthyolée ; nous donnons un bain, avec spéculum à bain, le lendemain ; même opération les jours suivants, pendant une quinzaine de jours ; c'est-à-dire, tous les jours un pansement et une injection intra-utérine, et tous les deux jours, un bain simple d'une 1/2 heure avant le pansement. Le repos sur une chaise longue est nécessaire pendant toute la durée du traitement. — Nous rejetons absolument les attouchements intra-utérins avec des pommades ou les cautérisations intra-utérines. Ce sont des procédés inefficaces s'ils sont appliqués trop doucement ; dangereux si l'on use de violence. Les injections ou instillations intra-utérines telles que nous les pratiquons, atteignent toutes les parties de la muqueuse, puisque la cavité utérine est entièrement remplie, et ne pénètrent pas dans les trompes si la seringue est manœuvrée avec douceur.

Nous continuons ce traitement pendant toute une période intermenstruelle, environ vingt-deux à vingt-cinq jours, puis nous laissons reposer la malade pendant le même laps de temps en lui recommandant d'éviter les fatigues de toutes sortes. Nous recommençons une deuxième série, si la malade ne paraît pas améliorée. Si nous échouons encore, nous avons recours à la méthode de Chéron et de Bonnaire, c'est-à-dire au *drainage utérin*.

On commence par décongestionner l'utérus par le repos, les bains, les tampons de glycérine, comme précédemment ; puis, on procède à la désinfection du vagin par le savonnage de la muqueuse avec une solution de sublimé à 1/4000e, et on commence la dilatation du trajet cervical. Si l'on a affaire à une femme multipare, dont le col utérin est flasque et béant, n'offrant que peu de sensibilité, on peut obtenir une dilatation suffisante en une séance de vingt à trente minutes, en introduisant successivement dans le col la série des dilatateurs de Hegar, jusqu'au numéro 19 ou 20.

S'il s'agit d'une femme nullipare, surtout s'il y a quelqu'atrésie inflammatoire du canal cervical ou si ce canal est occlus par coudure anormale de la matrice au niveau de l'isthme, il est plus sûr et moins douloureux d'effectuer la dilatation au moyen de tiges de laminaire. A moins d'occlusion totale du col, on arrive d'habitude à introduire sans difficulté une tige de petit calibre, pourvu qu'on prenne la précaution de redresser l'utérus en l'abaissant au moyen d'une pince tire-balles fixée sur le museau de tanche.

(1) *Concours médical*, 1891, page 64.
(2) *Concours médical*, 1891, page 414.
(3) Thèse de Charrier, Paris, 1892.

Une première tige demeure vingt-quatre heures en place, maintenue par un chiffon de gaze iodoformée : elle est retirée au bout de ce temps, le vagin est soigneusement nettoyé à nouveau, et une tige trois ou quatre fois plus volumineuse que la première est mise en place. Après un même séjour de vingt-quatre heures, cette deuxième tige est enlevée, et pour terminer la dilatation, on place dans le col un fagot de deux ou trois tiges volumineuses.

Ainsi, en trois jours, la cavité utérine devient perméable au doigt sans que les tissus aient été brusquement distendus, et sans que la femme ait éprouvé d'autre malaise que quelques douleurs expultrices dues aux contractions de l'utérus, cet organe tendant sans cesse à rejeter tout corps étranger qui le distend. Le tamponnement à la gaze iodoformée, a tout autant pour effet de fournir un support aux tiges, que d'assurer l'asepsie du vagin et del'utérus entr'ouverts.

Une fois le fagot de laminaires retiré, si l'on abandonne l'utérus à lui-même, le col se referme très rapidement et, en quelques heures, les parois de ce canal revenues en contact reprennent leur tonicité primitive, ainsi que leur coudure pathologique, s'il y avait flexion utérine préexistante.

« Avant que l'utérus ne se referme, on fait usage de tubes en caoutchouc du volume de l'index. Il convient que ces drains aient une paroi aussi épaisse que possible (2 millimètres environ) et soient perforés de trous petits et nombreux, afin que la muqueuse utérine soit accessible sur une grande partie de sa surface par l'intérieur du drain. Celui-ci doit avoir une longueur de 8 centimètres environ, de façon à déborder l'orifice externe du col de 1 centimètre à peu près, quand l'autre extrémité est au contact du fond de la matrice.

Pour mettre le drain en place, on en saisit l'extrémité, qui doit occuper le fond de l'utérus, entre les deux mors d'une pince en forme de pince à polypes, mais susceptible de se désarticuler à la façon d'un forceps. Les mors de l'instrument réduisent le volume du tube de caoutchouc en l'aplatissant ; l'introduction devient ainsi plus aisée. Il suffit de fixer le col à l'aide d'une pince jetée sur la lèvre antérieure et de glisser le tube aplati par de petits mouvements de torsion jusqu'à ce qu'il soit arrivé à fond. Pour éviter l'issue du drain au moment du retrait de la pince, on désarticule cette dernière et on en retire isolément les deux branches.

Le drain mis en place doit être fixé par un tampon de gaze iodoformée ; on doit prendre soin d'envelopper dans le tissu antiseptique l'extrémité qui fait saillie hors du col, tant pour assurer le maintien exact de cette dernière, que pour empêcher un contact trop intime du tube de caoutchouc avec la cloison recto-vaginale, ce qui entraînerait du ténesme rectal.

Suivant les indications, le drain de caoutchouc demeure en place de dix jours à trois semaines. Pendant la durée de son application il suffit de renouveler la gaze iodoformée tous les deux jours, de procéder à chaque pansement à une irrigation soigneuse du vagin et de la cavité utérine en introduisant une sonde à double courant dans la cavité du tube. Au cas où le soutien apporté par le tampon vaginal a été insuffisant, il convient de réintroduire à fond le drain s'il est partiellement sorti, en le refoulant à l'aide du doigt ou d'une pince. On doit s'abstenir de fixer le tube aux parois du col à l'aide d'un fil ; la pression élastique du caoutchouc exercée de haut en bas sur le fil, sous l'influence des contractions du fond de l'utérus, exposerait les tissus à être sectionnés.

D'habitude le drain est suffisamment maintenu par le tampon de gaze, à condition que la dilatation primitive ait été portée assez loin pour distendre largement l'orifice interne du col. Cependant, il arrive, surtout dans les cas de dysménorrhée avec contracture habituelle du sphincter, que l'utérus accouche du tube de caoutchouc avec de fortes coliques. Il faut alors reprendre la dilatation en la portant aussi loin que possible, de façon à forcer le sphincter, comme on le fait dans les cas de nature similaire, par exemple pour le constricteur de la vulve dans le vaginisme.

Le contact du tube avec les parois de l'utérus est presque toujours indolore et parfaitement supporté par les femmes. Même si la douleur persiste quelques jours, auquel cas elle va rapidement en s'atténuant, elle conserve toujours les caractères de la douleur préexistant à la dilatation. » (1).

M. Chéron emploie un procédé un peu différent ; voici ce qu'il décrit dans sa communication au congrès de Bruxelles :

« C'est à l'aide de crins de Florence pliés en anses ou courbés en érignes et portés sur un petit plateau à coulisse analogue au talon du pessaire intra-utérin de Wright, que j'ai constitué mon drain. — Je me sers de trois drains seulement. Le plus mince est composé de 22 crins, le deuxième de 50 et le troisième de 100.

Le talon du drain est fait de telle sorte qu'on peut le monter avec le nombre de crins qu'on juge utile.

L'introduction en est des plus faciles, il suffit de placer l'extrémité du drain qui émarge du porte-drain dans le méat cervical et de pousser doucement sur le piston. Le drain pénètre et est mis en place sans abaissement et sans dilatation préalables. »

M. Verchère emploie le tube, mais avec quelques modifications avantageuses.

C'est une application du procédé préconisé par M. Malécot, pour obtenir le maintien automatique des sondes dans la vessie. Ce drain, de la longueur de la cavité utérine, présente, vers son tiers supérieur, un renflement dû à la saillie de la paroi du tube, dont la partie centrale a été raccourcie par un artifice de fabrication qu'ont imaginé MM. Eymard et Richefeu.

Il suffit, avec un hystéromètre formant mandrin, de tendre le drain pour voir s'effacer la saillie, le drain devenir cylindrique. Lorsque l'hystéromètre est enlevé, la saillie d'arrêt reparaît après son introduction, vient s'arrêter au-dessus de l'isthme cervical utérin et le drain se trouve fixé. Pour l'enlever il suffit d'exercer une simple traction qui efface facilement la saillie et permet son extraction.

Grâce à ce tubage, il est facile de procéder à un nettoyage soigné de la cavité utérine et à des cautérisations ménagées avec le chlorure de

(1) *Semaine médicale*, 1892.

zinc au 1/10 ou le nitrate d'argent au 1/50. Au bout de trois semaines de pansements, répétés tous les deux jours, accompagnés chaque fois de lavages chauds, on retire le tube et on le remplace par un crayon malléable de sulfate de cuivre.

C. TRAITEMENT DE LA MÉTRO-SALPINGITE.

Nous serons extrêmement brefs sur ce traitement, car c'est le tubage utérin exposé précédemment, qui est le principal moyen d'action. Le tubage et la dilatation utérine provoquent, en effet, une sorte de relâchement synergique des orifices des trompes et permettent le facile écoulement du muco-pus retenu dans ces organes. Les lavages et les cautérisations intra-utérines peuvent avoir assez rapidement raison de ces inflammations chroniques généralisées de l'utérus et des trompes, après cette évacuation par le drainage.

Nous nous résumerons en adoptant pleinement les conclusions présentées par M. Doléris au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences :

« La thérapeutique chirurgicale active des lésions inflammatoires des organes génitaux de la femme comprend : 1° le traitement intra-utérin ; 2° l'ablation radicale des annexes malades consécutivement à l'évolution des métrites ; 3° la castration utérine pour les formes graves, comprenant les cas à fistules intarissables. Aujourd'hui, nous trouvons dans ces trois modes d'action la réponse à la plupart des indications, à condition de mesurer la gravité et l'importance de l'intervention.

« Avant de se décider, il faut savoir que la douleur est un coefficient très paradoxal des lésions. Si l'on se fie à elle, on s'illusionne parfois sur la gravité de la lésion, attendu qu'elle peut être minime avec des lésions très graves, ou, au contraire, très vive et correspondre à des lésions légères. Cela est si vrai, qu'après les opérations réputées les plus radicales, la douleur localisée au bassin ou répartie dans un autre viscère persiste souvent ou se transforme en spasmes convulsifs. Alors apparaît la nécessité d'une thérapeutique toute différente, qui aurait probablement profité à la malade avant toute intervention, si elle avait été tentée à temps.

« D'autre part, il est beaucoup de femmes à qui on avait conseillé l'intervention radicale et qui sont devenues enceintes ; et beaucoup d'autres qui auraient pu également consentir à une intervention grave, ont fait une ou plusieurs grossesses après avoir subi une thérapeutique conservatrice. Dans une statistique portant sur une période de sept années, M. Doléris a trouvé que la proportion des femmes rentrant dans une des deux catégories précédentes et devenues enceintes, s'élève à 8 0/0. Il faut donc diminuer le nombre des interventions radicales et, chaque fois que cela est possible, conserver l'intégrité des organes et de leurs fonctions. » Dr PAUL HUGUENIN.

CLINIQUE CHIRURGICALE

(*Hôpital des Enfants-Malades*). M. de SAINT-GERMAIN.

Etude clinique des déviations du rachis.

Nous allons étudier aujourd'hui les déviations antéro-postérieures du rachis.

Par un ordre nouveau, peut-être original, mais plus pratique et surtout plus clinique que celui qui est généralement adopté par les auteurs, nous passerons en revue, en les rapprochant sans les confondre, des lésions de nature toute différente des diverses régions de la colonne vertébrale en procédant de haut en bas.

Cette méthode toute synthétique nous permettra d'étudier simultanément, en établissant pour chaque affection le diagnostic différentiel et le traitement, le mal de Pott, la cyphose et la lordose dans ces diverses régions.

Disons-le tout d'abord, la plus grande part des déviations antéro-postérieures du rachis sera du ressort du mal de Pott.

Je n'ai pas à insister sur l'anatomie pathologique du mal de Pott ; il m'est cependant impossible, pour la clarté du sujet, de ne point vous en rappeler les notions les plus élémentaires.

Le mal de Pott est, à proprement parler, une maladie organique occupant le plus souvent le corps de la vertèbre, soit que cette maladie consiste en une ulcération analogue à la carie des os courts, soit qu'elle se manifeste sous la forme d'un tubercule occupant le corps de la vertèbre, passant par toutes les phases du tubercule, depuis la période de crudité jusqu'au ramollissement, rongeant ce corps vertébral, le minant et le réduisant à l'état de coque osseuse d'une manière progressive. Longtemps cette partie du rachis, appelée par Bouvier rachis postérieur et constituée par les apophyses transverses et épineuses, ainsi que par les lames, oppose une résistance suffisante pour que la rectitude du rachis soit sauvegardée ; mais, à un moment donné, cette résistance est vaincue, le mur s'effondre et la gibosité paraît.

Cette destruction, d'après Triboulet, n'affecterait en général qu'une seule vertèbre ; d'après Bouvier, on l'aurait observée sur un nombre de deux, trois et quatre vertèbres.

Voyez d'ici les conséquences d'une semblable ruine : la moelle comprimée, la paraplégie immédiate, l'équilibre du tronc détruit, la formation d'abcès dits par congestion allant porter leurs ravages à d'énormes distances, telles sont les complications qui pourront vous donner une idée de la malignité de cette affreuse maladie qui, au point de vue des ravages qu'elle cause, et de son influence néfaste sur la constitution, ne saurait être comparée qu'à la coxalgie.

Vous voyez, d'après ce léger aperçu, le monde qui séparera, quant à la gravité, la déviation antéro-postérieure due au mal de Pott, de celle qui aura pour origine la cyphose et la lordose, affections essentiellement d'ordre rachitique et n'intéressant nullement la vie. Ce sera donc, au point de vue du pronostic, une question, non pas de direction, puisque celle-là sera la même, mais de nature d'affection, de genèse de développement.

Et pourtant que de fois ne serons-nous pas embarrassés, au point de vue du diagnostic, entre le mal de Pott au début et la cyphose ! C'est en considération du voisinage de ces deux affections et de la facilité avec laquelle elles peuvent être confondues que j'ai cru devoir les rapprocher en les étudiant par régions.

Commençons de haut en bas, par la région cervicale. Les déviations antéro-postérieures de la colonne cervicale sont très fréquentes et, tout récemment encore, nous avons pu en observer quelques types à notre consultation.

Au premier abord, l'enfant se présente à nous avec un aspect caractéristique : il est roide, a les épaules quelque peu relevées, le cou fixe et comme figé entre les épaules. Il regarde droit devant lui, et, suivant l'expression vulgaire, semble porter sa tête comme un saint sacrement, il paraît la considérer avec un respect mêlé de terreur. Tout mouvement qui pourrait être imprimé à cette partie de son être l'épouvante. Aussi s'abstient-il de toute tentative soit de flexions latérales, soit de flexions ou d'extension antéro-postérieures. Souvent même, dans l'inquiétude que lui cause la présence des gens qui l'observent et la crainte d'un examen douloureux, il fixe lui-même sa tête avec ses mains appliquées solidement sur ses oreilles. L'anxiété est peinte sur son visage. Son front ruisselle de sueur. Son œil implore. Il semble vous dire : surtout n'y touchez pas.

A quoi pouvons-nous avoir affaire en ce cas, à un mal de Pott cervical ou à une arthrite cervicale ? Le premier se manifestera par une dépression sous-occipitale suivie immédiatement d'une saillie plus ou moins marquée. Le cou, profondément enfoncé dans les épaules, est douloureux à la pression sur la ligne médiane. Enfin si vous obtenez que le malade ouvre la bouche et que vous puissiez explorer la paroi pharyngée, vous sentez nettement la saillie due à l'effondrement de la vertèbre. Soyez, dans cet examen, très sobre de mouvements brusques et surtout d'explorations relatives aux attitudes communiquées. Vous devinez quelles conséquences aurait, par suite d'un mouvement malencontreux, la compression de la moelle à ce niveau. Dès que votre diagnostic est fait, et il sera quelquefois facile de le corroborer par la découverte d'abcès par congestion, soit cervicaux, soit pharyngés, vous ne devez songer qu'à une chose, à l'immobilisation absolue du cou et à la prohibition de ces mouvements involontaires qui pourraient déterminer la mort subite.

L'arthrite cervicale, dont le siège occupe les apophyses articulaires et transverses sans que le corps vertébral soit lui-même atteint, présente comme phénomènes communs la douleur, l'appréhension, la roideur du cou ; mais l'enfoncement postérieur n'existe pas, la saillie pharyngée manque. La douleur siège principalement au niveau des apophyses transverses dont l'empâtement semble déterminer une sorte d'élargissement du rachis. L'absence d'abcès est aussi constante. Mêmes précautions dans l'examen et même contention à l'aide du collier. Un phénomène très fréquent à la suite de l'arthrite cervicale est la déformation singulière qui résulte de cette maladie. Par suite des adhérences, des stalactites osseuses qui se forment de toutes parts, de l'usure osseuse des surfaces articulaires, ainsi que de la perte des éléments cartilagineux, le cou des malades guéris de leur arthrite présente une courbure énorme. Le cou semble allongé, et comme cette élongation ne peut point se faire dans la ligne droite, il se produit dans son axe une sorte de torsion qui communique à toute la tête une rotation des plus singulières.

J'ai observé maintes fois ce phénomène ; mais il ne m'a jamais tant frappé que chez un jeune malade qui avait été adressé de Calais à mon ami le Dr Labric. Ce jeune homme, qui me fut montré dès son arrivée, avait un aspect des plus fantastiques. Son cou grêle et d'une longeur énorme, se recourbait à droite en faisant une saillie postérieure et se tordant absolument, forçait la tête à suivre ce mouvement de rotation ; si bien que la face regardait presque directement par-dessus l'épaule gauche. Ce pauvre enfant avait eu une vie impossible ; il était la risée de tous ses camarades. Les médecins de Calais avaient conseillé le voyage à Paris. Le diagnostic était bien net. Point de mal de Pott. Plus de douleurs depuis quelques années, aussi nous résolûmes de tenter le redressement.

Le malade complètement chloroformé (et cette opération ne manquait pas d'intérêt en raison d'une affection du cœur qu'il présentait), fut soumis à des mouvements d'extension, de déroulement pour ainsi dire du cou. Les mouvements communiqués, très doux d'abord, devinrent bientôt plus intenses et nous entendîmes, à cinq ou six reprises différentes, des craquements sinistres qui nous faisaient tressaillir chaque fois qu'ils se produisaient.

Le résultat de la première séance ayant été satisfaisant, nous appliquâmes un collier et reprîmes ces tentatives de redressement de cinq jours en cinq jours. Nous finîmes par obtenir de la sorte, non pas un redressement complet, mais une situation fort satisfaisante et permettant au jeune homme la possibilité de la vie commune. J'ai perdu de vue ce jeune malade ; mais je ne puis penser sans un frisson à ces séances bien courtes qui nous paraissaient des siècles, où tout était scabreux, le chloroforme et la rupture de ces grosses adhérences.

Nous voici arrivés à la région dorsale. Ici, deux maladies sont en présence ; je veux parler du mal de Pott dorsal et de la cyphose. La cyphose congénitale est une rareté ; je la croyais même très problématique, lorsque la semaine dernière a été présenté à notre consultation du vendredi, un jeune enfant de quelques jours.

Il présentait une longue courbure antéro-postérieure du rachis occupant les deux régions dorsale et lombaire. Cette courbure, redressable à la pression, avait été constatée à la naissance de l'enfant.

Le caractère de la cyphose essentielle sera toujours le redressement facile, le malade étant couché sur le ventre et les membres abdominaux soulevés par un aide ; j'en excepte pourtant la cyphose professionnelle ou sénile. Il n'est pas rare de voir les gens astreints aux rudes travaux de l'agriculture, toujours courbés en avant, présenter une incurvation antérieure du rachis non redressable.

Il en est de même chez quelques vieillards ayant atteint un âge très avancé et présentant également une cyphose très accentuée. Dans ces deux cas, exceptionnels, du reste, l'incurvation tient à deux causes : d'abord une parésie des spinaux compliquée d'atrophie, ensuite une véritable usure des corps vertébraux compliquée d'une sorte de déastasie des articulations vertébrales. Cette cyphose chez le vieillard prend parfois les proportions les plus considérables, et, chaque été, je vois à Auteuil une bonne femme, âgée de 87 ans, balayeuse de son état, exerçant encore assez allègrement. Elle est tellement incurvée que je suis convaincu qu'avec un peu d'effort son menton toucherait facilement ses genoux.

J'ai déjà signalé, à propos de la scoliose, la concordance encore assez fréquente de cette dé-

viation avec la cyphose, malformation qui prend alors le nom de cypho-scoliose. Dans ce cas, il est bien évident que l'on a affaire à une déformation double, voussure d'abord, incurvation latérale ensuite. Notons, toutefois, que dans ce cas le redressement de la voussure sera encore la règle, même en cas de scoliose par torsion.

Si nous comparons aux symptômes que nous venons d'énoncer, le mal de Pott à la cyphose, nous voyons bientôt que ces phénomènes diffèrent du tout au tout.

Et d'abord, dans le cas de Pott, début brusque, brutal, coïncidant avec l'effondrement de la vertèbre et s'annonçant par la saillie vertébrale anguleuse, abrupte, très limitée et nullement comparable à la ligne courbe, longue et presque harmonieuse que présente la scoliose ; l'irréductibité, la non correction de cette saillie anguleuse par le décubitus ventral et le soulèvement des membres inférieurs dans cette position. Enfin, l'élément douleur, très accentué dans le mal de Pott, est nul dans la cyphose.

Cette douleur dans le mal de Pott serait surtout accentuée à la partie inférieure de la gibbosité.

Il serait à souhaiter que ces signes diagnostiques fussent toujours aussi nets, car alors l'erreur ne serait pas pardonnable. Il n'en est pas toujours ainsi, et un fait que j'ai observé de très près m'a confirmé dans les hésitations salutaires qu'il est permis d'avoir à ce sujet. Je fus demandé, il y a quelques années, par un de mes amis et collègues à l'effet d'examiner un de ses jeunes parents, âgé de quatre ans, et présentant vers la région dorsale moyenne une saillie anguleuse peu marquée, mais cependant indiscutable. Cette saillie ne se corrigeait point par le décubitus ventral ; les douleurs spontanées ou provoquées étaient presque nulles ; l'état général de l'enfant était excellent. Malgré mes craintes assez fondées relativement à l'existence d'un mal de Pott, je n'avais pas la conviction absolue de son existence ; cependant, je crus devoir, par prudence, conseiller l'immobilisation dans la gouttière de Bonnet.

Cet avis eût été immédiatement suivi, d'autant plus qu'il était partagé par plusieurs de mes collègues, n'eût été la répugnance invincible de la mère de l'enfant qui ne pouvait se faire à l'idée de voir son enfant emprisonné de la sorte durant de longs mois. Elle refusa net. Dans l'espoir de la décider nous eûmes recours aux lumières d'un chirurgien qui, après avoir constaté tout ce que j'ai relaté plus haut, mit l'enfant sur le ventre et appuya successivement sur toutes les vertèbres dorsales. A un centimètre environ au-dessous de la saillie anormale du rachis, l'enfant poussa des cris perçants et accusa une douleur des plus vives. Je dois dire que ce résultat, non obtenu par nous, avait été l'effet de la pression exercée à l'aide d'un de ces pouces maturatifs qui ne connaissent point d'obstacle.

Quoi qu'il en soit, notre diagnostic fut ainsi amplement confirmé : le malade condamné à la gouttière et la mère forcée de se soumettre.

Au bout de quelques mois d'immobilisation, l'enfant fut envoyé à une station thermale. Il n'y était pas installé depuis six semaines qu'il fut pris d'une affection intercurrente (entérite ou fièvre éruptive) et succomba très rapidement.

Dans toute autre circonstance, on en aurait été réduit à des conjectures sur l'affection rachidienne, faute de nécropsie ; mais dans le cas actuel, l'influence de la famille toute médicale prévalut contre des scrupules exagérés. La nécropsie fut faite, et l'on ne trouva pas trace de mal de Pott. Cette surprise confirmait, du reste, l'opinion qu'avait émise un dernier chirurgien appelé près de l'enfant quelques semaines avant sa mort.

Ce fait, au moins étrange, m'a donné, je vous l'avoue, beaucoup à réfléchir, et depuis, j'examine avec plus de soin encore les gibbeux au début, convaincu que chez les très jeunes enfants on peut, surtout à l'aide du coup de pouce magistral que je vous décrivais tout à l'heure, trouver des mal de Pott imaginaires.

Les abcès par congestion vous aideront puissamment dans votre diagnostic, surtout s'ils se présentent de bonne heure et presque avant la saillie rachidienne, ce qui arrive quand le mal de Pott a la forme érosive qui s'attaque surtout au rachis postérieur et surtout aux lames.

Enfin, un signe indiscutable, mais rarement assez hâtif pour qu'il puisse servir de signe distinctif, est la paraplégie. Bien que dans certaines circonstances on l'ait observée lente, progressive, sournoise pour ainsi dire, elle est souvent foudroyante, et je me plais à répéter que je l'ai vu arriver sous mes yeux chez un enfant, qu'un spécialiste aveugle avait soumis aux flexions bilatérales, confondant ainsi une scoliose avec un mal de Pott.

Cet enfant, à la suite de cet accident, séjourna, du reste, environ quatre mois dans nos salles et guérit complètement de sa paraplégie. Cette heureuse terminaison est pour ainsi dire la règle dans le cas qui nous occupe, et doit nous porter à rassurer les parents qu'un pareil accident épouvante toujours.

Arrivons au traitement des déviations antéro-postérieures du rachis.

Il sera absolument différent suivant qu'il s'agira du mal de Pott ou de la cyphose. Dans ce dernier cas, lorsque nous serons mille fois sûrs de notre diagnostic, tous nos efforts devront tendre à développer le système musculaire par tous les moyens possibles.

Imitant l'exemple de l'empereur Antonin qui, très bossu, était arrivé à une rectitude satisfaisante à l'aide d'une planchette thoracique fixée sous les aisselles par des lacs croisés derrière les omoplates, nous nous aiderons de corsets bien faits, mais sans barettes.

Mais notre meilleur remède consistera dans l'usage de la gymnastique, de la danse, de l'équitation ; on choisira avec soin les exercices effaçant les épaules et faisant bomber le thorax.

Rien de tout cela pour le mal de Pott. Repos prolongé dans la gouttière ; puis, quand on aura la certitude que le processus morbide est terminé, que la cicatrisation osseuse est obtenue, l'usage du corset à tuteurs postérieurs, avec béquillons, ou du corset baleiné munis de bretelles croisées supportant la gibbosité comme dans une sorte de nid de pigeon.

Il est bien entendu que le traitement général devra être poursuivi avec opiniâtreté, que l'huile de morue, le phosphate de chaux, les bains de mer chauds ou les bains sulfureux en feront les principaux frais.

Je serai bref au sujet du traitement des abcès par congestion. Une recommandation pourtant,

CORRESPONDANCE
(*Suite*)

Dr L., à L. (Giroudc). — M. le Dr R. sera inscrit en votre nom et nous vous remercions de votre propagande. Nous communiquerons vos observations au Bureau de l'*Union*.

Dr N., à L. — Nous sommes heureux d'avoir pu vous procurer un si agréable voyage. Nous espérons qu'il vous donnera toute satisfaction. Ce sont d'agréables vacances. Nous vous remercions, vous et les confrères qui nous ont déjà envoyé quelques nos qui nous faisaient défaut.

Dr L., 2536. — Nous affirmer que le remplaçant envoyé vous a donné satisfaction entière, c'est contribuer au bien de cet utile service; souvent nos renseignements sur les remplaçants sont insuffisants, par la faute de nos confrères remplacés, qui négligent de nous écrire. La somme que vous envoyez sera portée à l'actif de la Société civile, sous la rubrique: produit du service des remplacements.

M. M., à O. (Loiret). — Nous avons utilisé l'indication du poste et vous aurez, nous l'espérons, la satisfaction d'avoir été très utile à un membre du Concours.

Dr B., à L. (Nord). — Nous apprenons avec plaisir la constitution du syndicat des Côtes-du-Nord et notons la composition du Bureau. Nous espérons que son premier acte sera l'envoi d'un délégué à l'Assemblée générale du 27 novembre et son adhésion à l'Union des Syndicats dont les statuts vont être étendus et améliorés. On nous a fait observer que le nombre des membres du Bureau était peu élevé et, d'autre part, qu'on payait, à ces délégués, des frais de déplacement. Il faut pourtant comprendre que l'on ne peut imposer des dépenses fréquentes à des confrères de province qu'on choisit à dessein peu éloignés de Paris ou médecins des chemins de fer, pour ménager le Budget de l'Union. Ces questions seront d'ailleurs agitées à nouveau en Assemblée générale. Compliments pour le succès obtenu.

Dr P., à B.-d'O. — Nous n'avions aucun motif pour ne point publier votre article et nous ne voyons pas comment, en 1884, nous pouvions différer d'avis avec vous, puisque nous avons toujours considéré le

médecin comme le seul protecteur autorisé de la santé publique. Nous devons seulement prendre nos précautions pour que cette protection ne puisse lui nuire et c'est pourquoi nous continuons à considérer l'obligation de la déclaration comme devant incomber d'abord aux parents ou logeurs. — Tout ce que vous aurez à dire sur ce sujet, nous sommes prêts à le publier et à le discuter.

Dr M., à H. (Calvados). — Nous annonçons la constitution du Syndicat de l'arrondissement de Pont-Lévêque et nous applaudissons au succès de cette organisation qui vient à l'heure favorable où les Syndicats vont être reconnus par la loi.

Dr P., à L. (Nord). — Nous sommes à votre disposition pour publier les articles pratiques que vous nous enverrez.

M. M., 3.087. (Gard). — Le programme que vous proposez pour l'obtention, par les officiers de santé, du diplôme de docteur en médecine, est par trop simplifié ; soyez assuré que faire cette demande, dans les termes que vous indiquez, serait courir à un échec certain et en tout cas il faut que les épreuves imposées soient de nature à ne pas présenter trop de difficultés à un médecin travailleur, mais très occupé, et surtout lui éviter les complications d'études qui nécessiteraient des déplacements.

Ouvrez-les le plus tard possible, c'est-à-dire quand la peau rougie, amincie, vous menacera d'une ouverture spontanée.

Cette expectation permettra d'abord à vos malades de bénéficier quelquefois d'une terminaison par résolution, terminaison que je croyais impossible, et qui m'a été montrée plusieurs fois de la manière la plus évidente par notre maître Bouvier. Elle vous permettra, de plus, quand l'ouverture spontanée sera imminente, de vider la collection non pas à l'aide de la ponction que je considère comme mauvaise en raison des flocons, des détritus de toutes sortes qui ne peuvent sortir, mais bien à l'aide d'une incision à dimensions très modérées.

Des injections antiseptiques faites à l'eau boriquée ou phéniquée faible ou à l'eau teintée d'iode seront employées consécutivement avec succès. Je vous engage à ne manier, dans cette circonstance, qu'avec la plus grande réserve, les injections et lavages au sublimé dont l'absorption pourrait avoir de grands inconvénients en raison de l'étendue de la poche, étendue qu'il est souvent fort difficile d'apprécier.

Nous voici arrivés à la région lombaire. Ici deux déviations antéro-postérieures du rachis sont en présence : le mal de Pott lombaire et la lordose.

La lordose ou ensellure n'est autre chose que l'incurvation exagérée de la région lombaire à l'état congénital dans la série animale, puisqu'elle constitue un signe de race dans la race chevaline percheronne ; elle se présente également, et non sans une certaine grâce, chez la femme. Les Chiliennes, les Liméniennes sont naturellement ensellées. Le fameux menigo des Espagnols n'est que la conséquence d'une semblable conformation naturelle et vous avez pu vous convaincre, en 1889 et depuis, que la Soledad, la Macarona devaient leurs plus grands succès à cette conformation anatomique. La chose n'est pas neuve d'ailleurs. La fameuse Théodora était, dit-on, lordosique et, si l'on en croit les historiens, la trop légère épouse de Justinien devait moins cette disposition à une conformation naturelle qu'à l'habitude qu'elle avait d'exercices gymnastiques pratiqués *inter mimos*.

Quoi qu'il en soit et en dehors de la conformation naturelle héréditaire ou acquise, la lordose est absolument exceptionnelle à l'état essentiel. Elle est au contraire le corollaire d'une affection que je vous ai déjà montrée maintes fois et qui fera l'objet d'une leçon spéciale, la luxation congénitale des hanches.

Celle-là sera l'objet d'un traitement particulier. Quant à la lordose essentielle, quand elle dépasse les proportions du gracieux, je me suis bien trouvé du traitement institué par notre confrère le Dr Renier et qui consiste à excurver la colonne dans la région lombaire en favorisant et développant la tonicité des spinaux. Voici sommairement en quoi consiste son système. Le malade est assis sur le rebord antérieur d'un fauteuil à la Voltaire dont les deux poignées sont réunies par un tube de caoutchouc fortement tendu et divisant naturellement le siège du fauteuil en deux segments, l'un postérieur plus grand, l'autre antérieur plus étroit sur laquel est assis le patient.

Le malade, une fois assis, est invité à repousser, en s'aidant de ses lombes, le tube de caoutchouc jusqu'à ce que ses reins aient touché le dossier du fauteuil. Le tube, à ce moment, fait ressort et le ramène à sa position primitive. Il recommence cet exercice une vingtaine de fois et se repose.

Quant au mal de Pott lombaire on peut le regarder comme relativement bénin, à moins qu'il ne cumule, ce que j'ai vu maintes fois, avec un mal de Pott dorsal supérieur. En effet, quand il existe à l'état simple, il détermine beaucoup moins souvent que dans les autres régions la paraplégie et les abcès par congestion.

Son seul traitement consistera naturellement dans la fixation dans la gouttière au début, et plus tard dans l'application du corset à tuteurs postérieurs.

Disons en passant que c'est pour cette forme particulière du mal de Pott qu'a le plus souvent réussi l'application des cautères à la pâte de Vienne, ainsi que les pointes de feu profondes. La bénignité relative de cette forme explique le succès de la plupart des traitements institués.

Devrons-nous descendre plus bas et considérer les caries tuberculeuses du sacrum et du coccyx, que nous voyons souvent dans nos salles, comme des mal de Pott ? Je ne le crois pas et je ne pense pas qu'on doive les classer ainsi.

Je ne veux point terminer cette conférence, messieurs, sans vous parler des tentatives qui ont été faites dans le but de libérer, pour ainsi dire, la moelle de la compression déterminée par l'effondrement osseux dans le mal de Pott.

Bien que peu partisan de cette opération hasardeuse, convaincu, comme je vous le disais plus haut, que la paraplégie consécutive au mal de Pott cède toujours à un moment donné, j'ai autorisé un de mes internes à pratiquer devant moi quelques-unes de ces opérations, dont le manuel opératoire, fort simple d'ailleurs, se résume en ceci :

Incision au sommet de la gibbosité ; dénudation complète de l'angle saillant dans une étendue de 4 à 7 centimètres ; enlèvement, à l'aide du ciseau et du maillet, de la partie saillante. Régularisation à l'aide des mêmes instruments des surfaces de section osseuse ; mise à nu de la moelle entourée des méninges.

Les résultats peuvent être considérés comme nuls. Une amélioration problématique a pu faire quelque illusion durant quelques jours, mais les agonies prolongées auxquelles j'ai dû assister, m'ont à tout jamais dissuadé de l'opportunité d'une pareille intervention. (*Bul. Médical*.)

CORRESPONDANCE

Havre, le 26 octobre.

Mon cher directeur.

C'est un peu tard que j'ai lu la lettre du Dr Prompt ; j'espère cependant que vous pourrez insérer dans votre prochain numéro les quelques lignes suivantes :

Je n'ai jamais considéré le secret professionnel comme une obligation stricte, et j'ai toujours pensé que chaque cas devait être examiné en lui-même, mais quand il s'agit de la déclaration des maladies dites contagieuses, non seulement le secret professionnel n'existe plus, mais les intérêts professionnels, aussi respectables que vous voudrez les faire, doivent complètement disparaître devant l'intérêt général. Avant d'être médecin nous

sommes homme et citoyen. L'obligation de la déclaration des maladies contagieuses s'impose d'elle-même, et je considère sans hésiter comme un malfaiteur passible des peines du droit commun, tout médecin, qui, par sa négligence, aura laissé introduire des germes de mort dans son pays.

J'ajoute que l'idée de rémunérer lo médecin qui fait la déclaration est mise en pratique en Angleterre, où l'on donne par certificat de déclaration 3 fr. 10 et 25 fr. d'amende pour la non-déclaration ; de cette manière, la question a été vite jugée, et il n'y a pas de délinquant en Angleterre.

Agréez, mon cher directeur, l'expression de mes sentiments d'amitié.

Dr Gibert.

Monsieur le Directeur,

J'ai modifié la formule de la limonade lactique d'Hayem, par l'adjonction d'une certaine quantité de lactose et je formule ainsi :

Acide lactique............	10 à 15 grammes.
Lactose..................	50 —
Eau bouillante additionnée.	1 litre.
	M. s. a.

L'effet diurétique énergique de la lactose s'ajoutant à l'action bacillicide de l'acide lactique, me semblait répondre à l'un des termes du problème du traitement du choléra, l'*anurie*, sans laisser craindre aucun danger d'accumulation, la lactose n'étant en aucune façon toxique.

On me fait le reproche que ce liquide, ainsi sucré, peut, surtout après l'absorption ou la neutralisation de l'acide lactique dans l'estomac et le duodénum, constituer un véritable bouillon de culture apte à développer dans l'intestin la prolifération du bacille virgule.

Il est de fait, que la végétation de ce microbe dans les bouillons de culture ordinaires, est toujours très rapide et l'est davantage encore s'ils contiennent de la lactose et sont faiblement alcalins.

Mais, et c'est là un fait important qu'a établi et publié récemment, dans les comptes rendus de l'Académie des Sciences, M. le Dr J. Ferran, le bacille virgule se comporte dans le lait ou les bouillons lactosés comme beaucoup d'autres de ses congénères tels que le bacillus diphtérial, le bacille communis, le bacille ovaleilei, etc., etc. ; c'est-à-dire y développe rapidement, en agissant sur la lactose, la formation d'acide paralactique en quantité suffisante pour donner au milieu, d'abord légèrement alcalin, une réaction franchement acide, absolument incompatible avec son développement ultérieur.

Le bacille virgule du choléra, ajoute le Dr J. Ferran, semé dans une petite quantité de bouillon alcalin, contenu dans des matras de grande capacité, peut vivre plus de trois ans, pourvu qu'un tampon de coton permette le renouvellement lent de l'air.

Dans les mêmes conditions, avec la seule différence que le bouillon est lactosé, la vie de ce microphyte s'éteint rapidement à cause de l'acidité que lui-même produit dans ce milieu.

La lactose en solution constitue donc un milieu défavorable à la prolifération du bacille virgule, fût-il d'abord neutre ou faiblement alcalin, a fortiori s'il est au préalable fortement acidifié comme dans la formule ci-dessus. On peut donc, je crois, légitimement admettre que, même en supposant possible la disparition totale de son acidité du fait de l'absorption stomacale ou sa neutralisation complète dans le duodénum par l'effet de la bile ou du suc pancréatique, la limonade lactoso-lactique n'en continuera pas moins dans l'intestin, de par l'activité bacillaire elle-même qui dégénérera son acidité, l'action microbicide obtenue primitivement dans l'estomac par son ingestion directe.

C'est d'ailleurs à la clinique qu'il appartient de légitimer ou non ces présomptions. Mes expériences personnelles sont encore trop peu nombreuses et trop peu concluantes pour que je m'y arrête. Il me suffit, pour l'instant, d'établir que l'adjonction du sucre de lait à l'acide lactique ne peut avoir dans le traitement du choléra que des effets favorables, diurétiques ou parasiticides, sans qu'on puisse craindre en retour de sa part aucune influence fâcheuse.

Boulogne-sur-Mer, 19 octobre 1892.

Dr Patin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'indemnité maladie.

Un de nos confrères nous adresse la lettre suivante : elle présente la question *Indemnité maladie* sous un jour nouveau. Peut-être serons-nous obligés un jour d'abandonner l'organisation que nous avons soutenue pour nous rallier au projet de notre correspondant.

Quoi qu'il en soit, voici sa lettre :

Mon cher Directeur,

Le « Concours médical » revient encore sur la question *Indemnité maladie*, et je trouve qu'il a parfaitement raison. C'est lui qui a soulevé cette question dont les Sociétés locales de l'Oise et de la Gironde ont poursuivi la solution, il ne doit pas l'abandonner tant qu'elle n'aura pas reçu de solution.

C'est, bien entendu, de l'*Indemnité de droit* que j'entends parler et non de cette solution bâtarde à laquelle l'Association Générale a paru s'arrêter en proposant l'*indemnité secours*.

D'ailleurs j'ai l'absolue conviction que l'indemnité secours, dans les termes où elle est posée devant les Sociétés locales, sera rejetée et que la question indemnité de droit restera posée comme devant.

L'Association générale ne peut rien faire, cela est de toute évidence : elle a commencé par faire la sourde oreille, puis elle a proposé l'ajournement aux calendes grecques; enfin elle s'est abritée derrière ce fameux dilemme « *tous ou pas un* » que les jurisconsultes déclarent ne s'appuyer sur aucun texte de loi, mais qui sera la pierre d'achoppement.

Il est, sans doute, dans le Conseil Général quelques bonnes volontés, mais on peut assurer qu'elles sont noyées dans l'hostilité ou l'indifférence de la majorité. Donc, je répète, l'Association Générale ne fera rien.

Et il me semble — honni soit qui mal y pense — que vous avez tous, au *Concours*, fait preuve d'une certaine naïveté en supposant le contraire. Il est vrai que, peut-être, vous ne vous faisiez au fond aucune illusion et que vous vouliez simplement montrer à l'Association la voie où elle aurait dû s'engager.

Prenons donc les choses comme elles sont et supposons immédiatement que l'Association a déclaré qu'elle ne pouvait rien faire — la déclaration ayant d'ailleurs été entourée de tous les considérants et tous les regrets imaginables. — Allez-vous vous en tenir là ?

Je ne veux pas le supposer.

Mais alors comment faire ? — Il faut tout simplement engager l'*Union des Syndicats médicaux* à prendre en main l'affaire et vous pouvez être sûr qu'elle aboutira.

L'Association se récuse, que l'Union prenne sa place. Je ne veux pas dire que le Bureau de l'Union devra gérer lui-même la caisse future, s'il trouve la charge trop lourde ; mais rappelez-vous ce que nous disions au Conseil général de l'Association : « Constituez à côté de vous, mais sous votre patronage moral, le conseil d'administration de cette caisse ; si vous voulez bien y entrer, nous serons enchantés ; si vous y appelez des membres nouveaux, nous nous déclarerons satisfaits. » Nous n'avons qu'à tenir le même langage au Bureau de l'Union.

On objectera peut-être que les Syndicats sont encore bien peu nombreux. Je répondrai qu'ils vont avoir l'existence légale et que par conséquent ils vont se multiplier. Il n'est pas indispensable d'ailleurs de ne faire concourir, à l'organisation future, que les seuls syndicats ; on peut accepter le concours des Sociétés locales qui voudront se joindre à nous ; enfin des correspondants spéciaux peuvent remplacer syndicats et sociétés locales partout où il serait nécessaire.

Pensez-vous qu'il soit impossible de marcher ainsi ? Je crois, moi, que ce serait le succès et le succès immédiat.

Voici maintenant le plan d'organisation que je me permets de vous soumettre :

1° Quiconque voudrait participer au fonctionnement de la caisse, devrait s'adresser au Bureau du Syndicat, au bureau de la Société locale ou au correspondant spécial, suivant le cas. Il subirait une visite médicale ;

2° Les admissions seraient prononcées, sur le vu des pièces transmises, par le bureau de la Société, à Paris, celui-ci se réunissant tous les mois ;

3° Les cotisations seraient versées au trésorier du Syndicat ou de l'Association locale ou enfin au correspondant spécial, qui déposeraient, à la *Société Générale* par exemple, au compte de la caisse, à Paris ;

4° Tout associé qui tomberait malade devrait prévenir le bureau du Syndicat, le bureau de la Société locale ou le correspondant spécial, qui feraient les constatations nécessaires et fixeraient la durée pendant laquelle serait due l'indemnité ;

5° Le bureau de la Société, à Paris, réglerait cette indemnité et le trésorier enverrait à l'ayant droit un chèque sur la *Société Générale* (puisque j'ai pris cette banque comme exemple) ;

6° Dans une réunion annuelle, il serait rendu compte aux associés des opérations de l'année, ainsi que de la situation matérielle et morale de l'Association.

Je laisse de côté, intentionnellement, les questions relatives au montant de la cotisation, à la durée maxima du temps pendant lequel l'indemnité pourra être servie. J'accepte parfaitement les données du Dr Maurat et estime que ce sont d'ailleurs des questions de second ordre. Mais je pense qu'il serait nécessaire de bien spécifier *que la caisse ne pourrait jamais être tenue de verser au delà de ses disponibilités*, les ayant droit devant subir une réduction proportionnelle, si les sommes qui leur étaient dues dépassaient les recettes.

Le règlement définitif des indemnités ne se ferait donc qu'en fin d'année après délibération de l'Assemblée Générale. Le bureau pourrait toutefois donner des à compte, jusqu'à concurrence de moitié.

Je crois l'organisation fort simple et son fonctionnement peu coûteux. Il y aurait des frais pourtant, cela est certain, et il faudrait les couvrir : pour cela je proposerais d'ajouter à la cotisation quelques francs spécialement destinés à couvrir ces frais. De cette façon, ceux-ci seraient limités et les sommes à distribuer resteraient toujours intactes.

Trouverait-on, à la fin de l'année, un reliquat disponible ? la moitié en serait reportée à l'exercice suivant, l'autre moitié serait portée à la réserve.

Je ne veux pas entrer ici dans l'exposé d'une réglementation trop minutieuse ; il me suffit de donner les grandes lignes de l'organisation telle que je la comprendrais. Je serais d'ailleurs tout prêt à me ranger à un avis meilleur s'il en était proposé un.

L'essentiel me paraît être de faire quelque chose. On m'a objecté un jour que les fonctions de membres du Bureau, de secrétaire, de trésorier surtout ne seraient pas une sinécure — cela est certain ; mais il me semble que la division et spécialisation des fonctions d'une part, la simplicité d'organisation, d'autre part, diminueraient singulièrement le travail matériel. Reste la responsabilité. De responsabilité matérielle il y aurait fort peu, puisque les fonds resteraient à la Banque et qu'il s'agirait surtout de surveillance ; quant à la responsabilité morale, j'ai de mes confrères une idée assez haute pour croire que ceux qui seraient appelés à l'honneur de diriger la caisse future ne recule raient pas devant elle.

Posez donc, mon cher Directeur, la question à la prochaine Assemblée générale de l'Union des Syndicats. Si le Bureau est chargé de préparer l'organisation de la caisse, l'Assemblée prochaine votera les statuts et on fonctionnera au 1er janvier 1894.

Les prévisions de notre correspondant paraissent devoir se réaliser : les propositions de l'Association Générale viennent d'être rejetées par les Sociétés locales du Calvados, de la Nièvre, du Loir-et-Cher et de l'arrondissement de Saint-Quentin.

Elles ont été acceptées par la Société de l'Oise, mais l'intervention personnelle du Dr Cézilly n'est-elle pas la seule cause de ce résultat ?

C'est que l'*indemnité secours* ne répond en aucune façon aux aspirations du corps médical et que l'on aime encore mieux le *statu quo*, avec toutes les espérances, que cette solution qui n'en est pas une.

BULLETIN DES SYNDICATS

La revision des statuts de l'Union des Syndicats.

La revision des statuts de l'Union préoccupe avec juste raison un certain nombre de nos confrères qui, après avoir étudié le nouveau projet proposé, nous envoient quelques amendements.

Nous les reproduisons :

L'article 3 n'est pas, au dire d'un de nos correspondants, assez explicite : il ne vise pas spécialement les *questions professionnelles* qui cependant sont celles qui nous intéressent le plus.

Notre confrère propose donc une nouvelle rédaction :

Cette Union a pour objet l'étude de toutes les questions professionnelles intéressant le corps médical Français, de poursuivre les modifications et améliorations légitimes qu'il réclame par l'organe de ses Syndicats, relativement à l'art de guérir.

Et il ajoute immédiatement un article additionnel, qui lui paraît indispensable :

Toute discussion étrangère au but et à l'objet de l'Union est rigoureusement interdite.

Le Dr G... signale une lacune : rien n'est prévu en ce qui concerne l'agrégation d'un Syndicat à l'Union, sa sortie ou sa radiation. Il lui semble que ces questions doivent être réglées par les

statuts et il signale ce fait qui évidemment ne doit plus se reproduire : des Syndicats omettent de payer leur cotisation annuelle. Notre confrère voudrait donc qu'un titre spécial renfermât ces trois articles :

Art... Tout syndicat qui veut s'agréger à l'Union doit :

1° Adresser au secrétaire général :
Un exemplaire de ses statuts ;
La liste de ses membres ;
Une délibération régulière de l'Assemblée générale de ses membres à l'Union déclarant adhérer à l'Union et accepter ses statuts et règlements.
2° Verser entre les mains du trésorier la cotisation annuelle prévue par les présents statuts.

Art... Tout syndicat qui veut se retirer de l'Union doit pareillement adresser au secrétaire général une délibération régulière de l'Assemblée générale de ses membres déclarant qu'il cesse de faire partie de l'Union.

Art... Tout syndicat qui refuserait de verser à la caisse de l'Union les diverses contributions prévues par les présents statuts, peut être rayé par l'Assemblée générale de l'Union de la liste des Syndicats adhérents.

Ce sont là, nous semble-t-il, des mesures très sages et nous sommes convaincus que le Bureau de l'Union leur donnera son appui.

Il en sera de même d'une autre disposition proposée par le même confrère et traitant la revision des statuts :

Art... Aucune modification aux présents statuts ne pourra être mise en discussion, si elle n'a été préablablement soumise au bureau de l'Union un mois au moins avant l'époque fixée pour l'Assemblée générale et inscrite à l'ordre du jour de cette assemblée.

Enfin il faut éviter le plus possible ces modifications aux statuts qui entraînent des formalités toujours ennuyeuses, et cependant on ne peut prévoir à l'avance toutes les nécessités futures : des règlements peuvent donc être élaborés et modifiés par les Assemblées générales. Un article des statuts doit donc prévoir ces règlements :

Art... Des règlements particuliers, adoptés en Assemblée générale, détermineront, selon les circonstances, les conditions dans lesquelles seront mis en pratique les principes généraux énoncés dans les présents statuts.

Ce n'est donc pas en vain que le Bureau de l'Union aura fait appel à toutes les initiatives, et ces premières communications ne peuvent que nous faire bien augurer de l'avenir.

Syndicat médical de Douai et de la région.

Conformément à la résolution votée pas le Syndicat, la Commission administrative a envoyé à M. le Sous-Préfet de Douai la lettre suivante concernant le service des bureaux de bienfaisance :

Monsieur le Sous-Préfet,

« Dans sa réunion du 29 septembre dernier, le Syndicat médical de Douai et de la région, à la suite des nombreuses doléances exposées par les médecins des bureaux de bienfaisance, dont la situation devient de jour en jour plus précaire, a examiné cette question.

Il résulte, de cet examen, pour ne vous citer qu'un exemple, que tel médecin a vu le nombre des indigents doubler sans voir augmenter le chiffre de ses honoraires ; que tel autre qui, en 1888, touchait 600 fr. pour 120 familles, ne reçoit pas davantage en 1892 pour 370 familles (trois fois plus qu'auparavant) !

En présence d'un semblable état de choses, le Syndicat a dû rechercher à quelles causes il fallait rapporter un changement aussi fâcheux des conditions dans lesquelles fonctionnait le service.

Certes, le corps médical, et il en revendique hautement l'honneur, n'a jamais marchandé son dévouement à la classe déshéritée, mais il trouve qu'on dépasse la mesure en lui demandant de faire à lui seul tous les frais d'une charité trop souvent intempestive.

Tout le mal vient de la division des indigents en deux catégories :

1° Ceux qui ont droit à tous les secours délivrés par le bureau ;

2° *Ceux qui n'ont droit qu'aux secours médicaux.*

Et c'est à cette seconde catégorie qu'il faut rattacher tous les abus. Nous y trouvons inscrits des individus qui possèdent, les uns une maison, les autres des terres ou des étables garnies, et qui, presque tous, pourraient, avec quelque prudence économique, faire face aux frais d'une maladie. Il suffit, en effet, d'une recommandation quelconque pour être porté sur cette liste ; cela coûte si peu. (Lisez... rien, puisque c'est le médecin qui fait tous les frais.)

C'est contre cet abus, M. le Sous-Préfet, que s'élève le Syndicat ; c'est contre cet abus que nous venons vous proposer un remède sous la forme d'une mesure que la loi, du reste, reconnaît, mais qui est depuis nombre d'années tombée en désuétude.

Le loi dit que « *le médecin sera appelé, avec voix consultative, lors de la confection de la liste des indigents, et ses observations seront consignées dans une colonne ad hoc.*

MM. les Sous-Préfets devront renvoyer aux administrations de bienfaisance tous les États non revêtus de la signature du médecin et ne portant pas mention de sa présence et de ses observations.

Nul ne pourra, sauf des circonstances exceptionnelles, être porté sur cette liste, dès qu'elle aura été close. »

Au nom du Syndicat, la Commission administrative vient donc vous prier, M. le Sous-Préfet, de vouloir bien rappeler cette clause aux administrateurs des bureaux de bienfaisance, et leur faire savoir que vous leur retournerez les États qui ne rempliraient pas cette condition.

Nous espérons que ce rappel, en nous donnant satisfaction, suffira à mettre un frein à un abus qui, s'il continuait, pourrait faire péricliter un service important ou, tout au moins, à grever d'une façon notable le budget des communes qui se disent trop pauvres pour rémunérer nos services, que cependant elles n'hésitent pas à augmenter chaque année.

Veuillez agréer, etc.

La Commission administrative.

Un nouveau Syndicat.

Grâce au dévouement et à l'activité de nos confrères les docteurs Massart et Marais, de Honfleur, et Barrette, de Caen, le mouvement syndical s'accentue dans le Calvados.

Le 25 septembre dernier, les deux tiers des médecins de l'arrondissement de Pont-l'Évêque se réunissaient et fondaient un Syndicat dont nous donnons ci-après les statuts.

Nous avons tout lieu d'espérer le même succès pour les autres arrondissements, car nous savons que, stimulés par l'exemple de leurs confrères de l'arrondissement de Pont-l'Évêque, les médecins de l'arrondissement de Caen s'occupent sérieusement de la constitution de leur Syndicat.

STATUTS

du Syndicat médical de l'arrondissement de Pont-l'Évêque.

Article Premier

Il est fondé entre les Médecins qui adhéreront

aux présents Statuts, une Association professionnelle qui prend le titre de *Syndicat médical de l'arrondissement de Pont-l'Évêque.*

ARTICLE 2

La forme légale de cette Association est la société civile. Sa durée est illimitée ainsi que le nombre de ses membres. Son siège est à Pont-l'Évêque pour un an.

ARTICLE 3

L'Association a pour objet l'étude de toutes les questions professionnelles en général, et en particulier celles qui peuvent se présenter dans l'arrondissement de Pont-l'Evêque. Son but est l'établissement d'une union confraternelle, d'une solidarité professionnelle, qui seules peuvent garantir la dignité, la considération et le bien-être de ses membres.

ARTICLE 4

Toute discussion étrangère au but et à l'objet de l'Association est rigoureusement interdite.

ARTICLE 5

Peuventfaire partie de l'Association, les Médecins régulièrement diplômés exerçant dans l'arrondissement de Pont-l'Evêque et des communes limitrophes.

ARTICLE 6

Pour être admis Membre del'Association, il suffit :

1° D'adresser au Président une adhésion écrite aux présents Statuts ;

2° D'être admis par la majorité des membres présents. Le vote aura lieu au scrutin secret ;

3° De verser entre les mains du trésorier une cotisation annuelle dont le montant sera fixé en Assemblée générale.

ARTICLE 7

La Société se réserve le droit d'exclure un ou plusieurs membres pour faits graves et portant atteinte à l'honneur professionnel. Un règlement déterminera les conditions dans lesquelles ces exclusions seront prononcées.

ARTICLE 8

L'Association est dirigée par un bureau de cinq membres.

ARTICLE 9

Les membres du bureau : un président, un vice-président, un secrétaire-trésorier, deux assesseurs sont nommés en Assemblée générale, à la majorité des votants. Les membres absents pourront voter par correspondance.

ARTICLE 10

Le bureau est nommé pour un an et ses membres sont rééligibles.

ARTICLE 11

Le bureau expédie les affaires courantes dans l'intervalle des réunions, il se met en relations avec les divers Syndicats médicaux ; mais il ne peut prendre aucune décision intéressant l'Association sans avoir obtenu l'assentiment des membres du Syndicat réunis en Assemblée. Le bureau a le droit de provoquer des réunions d'urgence.

ARTICLE 12

Les membres de l'Association sont convoqués en Assemblée générale tous les trois mois pour approuver les travaux et la gestion du bureau et statuer, après discussion, sur les questions qui figurent à l'ordre du jour.

ARTICLE 13

Les réunions de l'Assemblée générale se tiendront, autant que possible, alternativement au siège du Syndicat et dans les chefs-lieux de canton.

ARTICLE 14

Le compte rendu de ces réunions, dressé par le secrétaire-trésorier sous le contrôle du bureau, est adressé à chacun des membres du Syndicat.

ARTICLE 15

Le fonds social se compose du produit des cotisations, indemnités, dons, legs et autres fonds et revenus qui pourront revenir à la Société sous quelque forme que ce soit.

ARTICLE 16

En cas de dissolution de l'Association, l'emploi du fonds social sera déterminé par l'assemblée générale qui prononcera la dissolution.

ARTICLE 17

Les membres qui pour une raison quelconque, cessent de faire partie de l'Association, n'ont aucun droit sur le fonds social et ne peuvent exiger aucun remboursement.

ARTICLE 18

Tout membre qui aurait manqué aux obligations imposées par les présents Statuts et qui, après une invitation du bureau, refuserait de s'y soumettre, serait exclu du Syndicat. Il en serait de même de celui qui, dans les trois mois qui suivraient la réclamation à lui adressée par le trésorier, n'aurait pas versé le montant des cotisations échues ou des amendes encourues. La déchéance, toutefois, ne sera définitive que lorsque l'assemblée l'aura ratifiée.

ARTICLE 19

La dissolution de l'Association ne pourra être prononcée que par une assemblée générale spécialement convoquée à cet effet et à la majorité des trois quarts des votants. Un comité de liquidation sera chargé de réaliser les résolutions prises lors de cette dernière assemblée.

Le Bureau du Syndicat est ainsi composé :

Président : Dr Prévost, de Pont-l'Evêque.

Vice-Président : Dr Lenepveu, de Trouville.

Secrétaire-Trésorier ; Dr E. Massart, de Honfleur.

Assesseurs : Dr Waill, de Beuzeval, Dr Gilbert, de Dozulé.

Septembre : **Reçu les cotisations des syndicats de :** Indre-et-Loire, 1892. — Sedan, 1892. — Etampes, 1892. — Cher (Nord), 1892. — Montmorillon (Vienne), 1892. — Challans (Vendée), 1891 et 1892. — Vallée de la Meuse, 1892. — Mayenne, 1892. — Haute-Saône, 1891 et 1892. — Le Havre, 1892. — Montaigu, 1892. — Boulogne-sur-Mer, 1892. — Epernay, 1892. — Mortagne (Orne), 1892. — Vienne, 1892.

REPORTAGE MÉDICAL

Les grandes manœuvres du service de santé de l'armée française. — Personne n'ignore que, pendant les grandes manœuvres d'automne, le fonctionnement du service de santé n'est fait et ne peut être fait que d'une façon très sommaire. On établit bien des postes de secours, on envoie les brancardiers sur le lieu du combat pour donner aux blessés désignés les premiers soins, et les amener aux postes de secours. Mais, comme la plus grande partie de la matinée est occupée par des marches, que le poste de secours ne peut être installé et fonctionner qu'un certain temps après le commencement du combat, il arrive que les premiers blessés apportés par les brancardiers, n'atteignent le poste de secours qu'au moment où l'on sonne « cessez le feu ». Le régiment est assez loin, et va se porter à l'endroit indiqué pour la grand'halte. Peut-on s'occuper de faire transporter les blessés à l'ambulance ? Va-t-on faire jeûner pendant deux heures encore ces pauvres soldats accablés de fatigue ? ça ne paraît pas nécessaire, et ce serait probablement mal vu par le commandement. Alors, il n'y a qu'une chose à faire, former la colonne et s'en aller tranquillement à la grand'halte pour se restaurer, d'autant plus que l'air matinal et la course à travers champs vous ont singulièrement creusé. C'est de cette façon peu fatigante, mais peu instructive, que se faisaient habituellement les manœuvres pour le corps de santé; et, malgré l'esprit de critique toujours en éveil dans l'esprit d'un Français, même, ou plutôt surtout

quand il est soldat, nous ne songions pas à nous en plaindre en accomplissant nos vingt-huit jours.

Mais il y avait évidemment une lacune à combler: c'est ce qu'a fait le ministre de la guerre en instituant, le 20 février dernier, des exercices spéciaux pour le corps de santé ; chaque année, prescrit-il, une période d'instruction d'une durée de cinq jours francs, aura lieu par groupes de deux à quatre corps d'armée, à Paris, au camp de Châlons, à Rennes, à Lyon, à Toulouse, et à Bordeaux.

Ces exercices viennent d'avoir lieu, et les résultats en ont certainement été satisfaisants. Les manœuvres, à Paris, ont commencé le 3 octobre, à 8 heures et demie du matin. Un grand nombre de médecins et d'officiers d'administration de réserve et de territoriale y ont pris part. M. le médecin principal Blaise a d'abord fait la démonstration du matériel technique qui entre dans la composition des hôpitaux de campagne et d'évacuation, et d'un train sanitaire. Puis, M. le capitaine Sainton, du train des équipages, a fait une communication sur le matériel roulant, et M. le médecin principal Corties une conférence sur les formations sanitaires.

Le 4 au matin, cours par le commandant Marsaud, sur les ordres de mouvement, les marches, le combat, au point de vue du service de santé. Le soir, exercices pratiques du matériel, à l'Ecole militaire.

Le 5, on passe à la pratique. Une division s'est portée de Saint-Cloud sur Guyancourt contre un ennemi figuré. Alors transports des blessés aux postes de secours, puis aux ambulances, et quelques-uns évacués sur un hôpital voisin.

Le 6, l'ennemi est repoussé; marche en avant de la division. L'ambulance divisionnaire est relevée par un hôpital de campagne, exercice essentiellement constitué par le fonctionnement de cet hôpital, l'évacuation des blessés sur l'hôpital d'évacuation, l'organisation du service dans celui-ci, et enfin par l'installation d'un train sanitaire improvisé.

Le 7 octobre, les manœuvres ont pris fin par un exercice d'embarquement de l'ambulance divisionnaire à la gare des Matelots. Puis M. le médecin principal Dieu, directeur des manœuvres, a fait la critique des opérations. Toutes ces opérations se sont faites avec une grande célérité. Et si tout n'a pas été parfait, le but de ces manœuvres est justement de mettre en lumière les points faibles : elles n'auront donc pas été inutiles.

Voici d'ailleurs les critiques formulées par un de nos amis qui a assisté aux manœuvres du service de santé à Bordeaux.

Le service des brancardiers a été parfait.

Les postes de secours ont parfaitement fonctionné; mais il y a insuffisance dans le nombre des brancardiers pour le transport des blessés. Les litières de mulets ne paraissent pas pratiques du tout.

A l'ambulance, on sait qu'il y a une comptabilité extrêmement chargée, qui doit être tenue par les médecins ; cette comptabilité est telle que pour la tenir, il faut employer la majeure partie des médecins, ce qui fait qu'il n'en reste plus pour le service médical proprement dit. En effet, il y avait à l'ambulance cinq médecins, comme sur le pied de guerre. Or, pour 120 blessés, trois médecins et un sergent d'infirmiers ont écrit depuis une heure jusqu'à six heures du soir. Puis trois hommes ont été occupés à continuer cette besogne de 8 heures à 11 heures du soir. Et le lendemain, pour terminer, il a fallu deux heures à cinq ou six médecins ou sergents d'infirmiers. Il ne reste donc que deux médecins disponibles, dont l'un le médecin-chef a assez à faire de surveiller le fonctionnement général de l'ambulance. Il n'en reste donc qu'un seul pour les malades. Il y a certainement quelque chose à modifier de ce côté ; car il est inadmissible que les médecins militaires soient presque réduits au rôle unique de scribes.

— *Le conseil municipal du Havre* vient de décider que le nom du docteur Piasecki, mort victime de son dévouement pendant l'épidémie cholérique, serait donné à une rue de la ville.

— *Médecins-sénateurs.* — M. le Dr Le Play a été nommé dimanche dernier sénateur de la Haute-Vienne.

Cours de gynécologie. — Le docteur Auvard commencera à sa clinique, 15, rue Malebranche, un cours de gynécologie, le mardi 8 novembre, à 4 h. 1/2, et le continuera les jeudis, samedis et mardis, à la même heure. Ce cours, public et gratuit, sera complet en 15 leçons.

Erratum. — Dans l'article de M. le Dr Prompt : « Déclaration des maladies contagieuses », publié dans le dernier numéro, au lieu de choléra de Toulouse 1884, il faut lire « Toulon ».

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année **N° 45** 5 Novembre 1892

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

des Membres de la Société civile du Concours médical.

Convocation

Conformément à l'article 13 des statuts, les membres de la *Société civile du Concours médical* sont convoqués, en Assemblée générale ordinaire, le dimanche 27 novembre 1892, au Grand Hôtel, à Paris, à 4 h. du soir.

Ordre du jour :

1° Allocution du Président.
2° Approbation des comptes de l'année 1891-1892 (1).
3° Etablissement du budget de l'année 1892-1893.
4° Examen de la question : *Indemnité-maladie*.
5° Service militaire des Etudiants en médecine.
6° Accession des officiers de santé au doctorat.
7° Questions diverses et propositions émanant des membres de la Société.

Le Directeur,
A. Cézilly.

Le Conseil de Direction s'est réuni, le 27 octobre, pour préparer les divers rapports qui doivent être soumis à l'Assemblée générale.

Ces rapports seront publiés dans un prochain numéro.

---

(1) L'année commence au 1er octobre.

Assemblée générale de l'Union des Syndicats.

Le même jour, 27 novembre, les délégués des Syndicats médicaux se réuniront en Assemblée Générale.

Au Grand Hôtel, à 2 heures précises.

Ordre du jour.

1° Allocution du Président.
2° Compte rendu du Secrétaire général.
3° Revision des statuts de l'Union.
4° Exercice de la médecine sur les frontières. — Conventions et résolutions diverses concernant son fonctionnement.
5° Assistance médicale gratuite dans les campagnes.
6° Exercice de la médecine civile par les médecins militaires.
7° Exercice de la pharmacie.
8° Assurance contre les accidents.
9° Election des membres du bureau de l'Union pour l'année 1892-1893.

Le Président de l'Union,
De Fourmestraux.

Délégués à l'Assemblée Générale

Syndicat de Montaigu (Vendée) : Dr Mignen. — *Syndicat de Douai* (Nord) : Dr Pollet. — *Syndicat de Sablé* (Sarthe) : Dr Mascarel. — *Syndicat d'Epernay* (Marne) : Dr Pellot. — *Syndicat du Loiret* : Dr Popis, Dr Lambry. — *Syndicat de Versailles* : Dr Jeanne. — *Syndicat de La Loupe* (Eure-et-Loir) : Dr Lacoste. — *Syndicat du Cher* : Dr Deroin.

Les Syndicats qui n'ont pas encore désigné leurs délégués sont invités à procéder à cette désignation.

Les délégués devront être porteurs de pouvoirs réguliers.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les injections de liquides organiques de Brown-Séquard.

Les injections de liquides organiques sont décidément en train de faire leur chemin. Les premières communications de Brown-Séquard sur ce sujet ont été accueillies par des sourires et des haussements d'épaule ; et, de fait, elles paraissaient plus qu'étranges, de la façon dont elles étaient présentées. Nous avons encore tous présentes à la mémoire les observations de ces deux vieillards, qui, sur les conseils de M. Brown-Séquard, se livraient à des masturbations incomplètes pour retrouver la vigueur de leur âge mûr et qui en avaient obtenu de superbes résultats. Les injections rectales de liquide testiculaire, vantées aussi par le savant du collège de France, donnaient prétexte à toutes sortes de plaisanteries immorales, qui empêchaient les médecins sérieux d'y prêter grande attention.

C'est pour ce motif que nous n'avions pas voulu parler de la méthode. Enfin, en présence de l'unanimité de la presse médicale à rapporter plusieurs faits indiscutables, garantis par des noms absolument exempts de suspicion, nous nous sommes décidé à exposer brièvement la méthode sans chercher à l'apprécier (1). Depuis ce moment, les faits se sont accumulés et paraissent certainement fort intéressants. Au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, M. *Bouchard* a montré les résultats surprenants fournis par l'injection sous-cutanée de suc thyroïdien dans le myxœdème. A la Société médicale des hôpitaux, M. *Merklen* a rapporté l'observation d'un artério-scléreux, chez lequel existait une paraplégie presque absolue, et qui, après trois semaines d'injections de liquide testiculaire, vit se produire une amélioration notable de la paraplégie. Les symptômes dépendant de l'artério-sclérose s'amendèrent aussi par la suite, et progressivement. M. *Chantemesse* a obtenu des résultats analogues dans quelques cas de paralysie agitante.

M. *Comby* a obtenu la diminution rapide de la glycosurie chez un jeune homme atteint de diabète maigre par les injections de suc pancréatique. Enfin M. *Dieulafoy* vient de constater les effets remarquables des injections de néphrine (substance rénale du bœuf digérée dans la glycérine et l'eau salée et filtrée), dans un cas absolument désespéré d'urémie.

La sécrétion urinaire, complètement interrompue pendant cinq jours, a reparu dès le deuxième jour des injections. En même temps, le malade sortait de sa torpeur, buvait volontiers son lait. Les sueurs d'urée diminuaient. Enfin, après chaque injection de néphrine — surtout après les premières — l'ensemble des symptômes était heureusement modifié.

Tous ces faits méritent sérieux examen, et doivent encore être contrôlés avant d'entrer dans la pratique. Nous conseillons donc aux médecins prudents de ne pas trop vite généraliser et d'en dissuader les malades qui leur demanderaient d'en essayer. Il faut surtout se mettre en garde contre les préparations de liquides organiques déjà préparées par des industriels ingénieux et surtout avides de gain, qui commencent à nous inonder de prospectus. Si l'on veut tenter l'expérience pour se former un jugement, il ne faut employer que des liquides dont on soit sûr, en les préparant soi-même ou en s'adressant au laboratoire du collège de France.

M. *Depoux* vient d'apporter, à la Société de Biologie, une nouvelle observation en faveur du liquide testiculaire : un ataxique bien avéré, traité par les injections de suc testiculaire pendant 3 mois, vit disparaître complètement les douleurs fulgurantes, les crises gastriques, la diplopie, l'incoordination motrice, la paralysie de la vessie, dont il était atteint. M. Brown-Séquard profite de cette occasion pour signaler une nouvelle application des injections de liquides organiques. Une femme enceinte, ataxique, était dans un tel état de marasme qu'on craignait chaque jour pour la vie de son enfant. On lui fit des injections de suc testiculaire, et presque immédiatement après elle sentit de nouveau son enfant remuer. Ces mouvements de celui-ci devinrent même si actifs qu'on fut obligé de cesser les injections. Cette femme accoucha à terme d'un enfant très vigoureux. Il croit donc qu'à l'occasion, les injections de suc testiculaire pourraient être utilisées pour améliorer la nutrition du fœtus, chez les femmes débilitées et cachectiques.

(1) *Concours médical*, 1892, n° 28, p. 337.

Traitement des rétrécissements cicatriciels du rectum.

Les rétrécissements cicatriciels du rectum sont justiciables de sections partielles sanglantes combinées avec l'emploi des dilatateurs ou de l'électrolyse linéaire. Une partie importante du traitement consiste à lutter contre la tendance à la reproduction du rétrécissement.

Le Dr *Crédé* a, dans ce but, fait construire, sur le modèle des bougies d'Hégar pour le col utérin, une série de dilatateurs, dont les dimensions diamétrales varient de 1 millimètre entre chaque numéro de la filière. Ces dilatateurs, en caoutchouc durci, ont la longueur du rectum mesurée depuis l'anus jusqu'au commencement de l'S iliaque, soit 10 centimètres, et sont montés sur un manche métallique de 4 centimètres ; leur courbure est appropriée à celle du sacrum ; leur extrémité libre est conique : la partie de l'instrument qui vient se relier avec le manche est rétrécie coniquement de manière à permettre à l'anus de revenir sur lui-même après le passage du dilatateur, ce qui facilite singulièrement son maintien en place sans souffrance pour le malade.

Dans les rétrécissements très serrés et étendus, il faut, avant de procéder à la dilatation, entailler l'anneau cicatriciel en quatre à huit points différents avec un bistouri boutonné ; l'anesthésie est nécessaire pour ce temps préliminaire. Dans les rétrécissements peu étendus et modérément serrés, la dilatation est commencée immédiatement sans intervention sanglante préalable ; après avoir apprécié par le toucher le diamètre approximatif du numéro à employer, on fait une série d'introductions successives, et le dilatateur du plus gros diamètre atteint dans la séance est laissé à demeure pendant un temps qui varie d'une demi-heure à trois heures, suivant la sensibilité du malade. Le lendemain, ou bien deux ou trois

jours plus tard, s'il y a eu un peu de réaction inflammatoire, on continue la dilatation de la même manière, en commençant par un des numéros moyens employés dans la séance précédente pour arriver au plus fort numéro possible, qui est laissé en place. Le modèle des bougies permet au patient de pouvoir les introduire lui-même. Cette dilatation doit être continuée pendant plusieurs mois ; généralement, dès la fin du second mois, deux à trois séances par semaine sont suffisantes. On ne doit cesser que lorsque toute tendance à la rétraction a disparu.

Credé a appliqué sa méthode dans quatorze cas avec les meilleurs résultats, et il la considère comme supérieure à l'extirpation suivie de suture, opération parfois dangereuse, ne mettant pas à l'abri des récidives.

Stérilité des abcès du foie.

L'année dernière (21 janvier 1891), M. le Dr *Peyrot* communiquait à la Société de chirurgie une observation d'abcès du foie dont le contenu était absolument stérile, et il s'appuyait sur ce fait pour expliquer l'innocuité de la méthode de Stromeyer Little et des chirurgiens de l'Inde qui ouvrent ces collections, comme ils le feraient d'un simple abcès, sans crainte d'inoculer la séreuse péritonéale. A l'encontre de ce résultat, M. Fontan adressait une observation de collection purulente intra-hépatique contenant de nombreux organismes pathogènes. Ces deux observations prouvent que le pus des abcès du foie n'est pas toujours identique à lui-même, mais il serait important de savoir si, au point de vue de la fréquence, ces abcès sont plus souvent stériles que fertiles.

M. le Dr *Tuffier* vient apporter, en faveur de l'idée de la fréquence de la stérilité des abcès du foie, une série de huit observations contrôlées par la clinique et la bactériologie. Il étend même ses conclusions à certaines suppurations de la vésicule biliaire, à propos de deux opérations de cholécystotomie, accompagnées de chute de calculs dans le péritoine, sans complications consécutives.

M. Tuffier admet que ces abcès stériles ne deviennent stériles que secondairement et qu'ils sont primitivement produits par des germes pathogènes.

Il se passe là une de ces véritables auto-intoxications microbiennes bien connues, pour les suppurations en général. Cette donnée a été aussi admise pour certaines suppurations pelviennes. Ainsi peuvent s'expliquer les divergences et se concilier les opinions inverses des partisans de la virulence ou de la stérilité des suppurations hépatiques.

M. Nicaise croit que ce sont des collections puriformes et non de véritables abcès, parce qu'il n'y a pas de fièvre. M. Peyrot n'attribue pas grande valeur à cette objection, car tous les abcès du foie suivent cette marche particulière.

Quoi qu'il en soit, ces notions sont précieuses, car elles permettent d'expliquer la bénignité relative des incisions d'abcès du foie, même quand les adhérences à la paroi sont insuffisantes pour empêcher la chute du pus dans le péritoine.

La communication de M. Tuffier à la Société de Chirurgie a engagé M. Moty, du Val-de-Grâce, à résumer ses propres observations sur la même question :

Il faut, selon lui, faire une différence entre les hépatites aiguës suppurées des pays chauds et les abcès chroniques consécutifs, véritables kystes purulents, que l'on observe dans nos climats.

Dans la première catégorie se rangent :

1° Les abcès qui surviennent brusquement chez les dysentériques, et que l'on opère quelquefois le jour même de l'entrée à l'hôpital ; ces abcès sont petits, souvent multiples, contiennent une bouillie rougeâtre et ont, le plus souvent, une issue fatale.

2° Les hépatites aiguës à forme abortive, en face desquelles il est fort difficile de dire s'il y a, oui ou non, du pus dans le foie.

3° Les foyers latents d'hépatite en voie d'évolution ou de régression, qui sont quelquefois l'aboutissant de la forme abortive et qui, sans doute, servent de point de départ aux abcès tardifs ; sur 47 autopsies faites au Tonkin, on a observé six fois ces foyers latents colorés du rouge au jaune, suivant leur degré d'évolution. L'examen d'un de ces foyers, pratiqué six heures après la mort, a montré des bactéries et des vibrions en grand nombre.

Si l'on envisage la marche clinique de ces abcès ou hépatites, on trouve toujours de la fièvre, même dans les formes abortives ; de plus, l'origine de la maladie est toujours infectieuse, puisqu'elle résulte de la dysentérie ou du paludisme exerçant leur action sur un foie surmené ; enfin, la fréquence des pleurésies de voisinage et la présence de micro-organismes, constatée quelquefois dans le pus, permettent de considérer ces abcès comme de nature primitivement infectueuse au même titre que les autres phlegmons.

La seconde forme d'abcès s'observe dans des cas tardifs, du genre de ceux d'Algérie ; la marche en est quelquefois si lente, que l'on considère les malades comme des dyspeptiques dilatés. Pour les abcès aigus de l'Indo-Chine, la maladie se juge en 4 ou 5 jours ; pour ce genre d'abcès subaigus, formant souvent tumeur, on a du temps devant soi, et la méthode de Little donne des résultats excellents. Ce sont ces abcès qui ne renferment aucun germe et qui ont été observés par MM. Peyrot et Tuffier.

Conduite à tenir dans le cas de placenta prævia.

L'accord est loin d'être parfait entre les accoucheurs, au sujet du traitement du placenta prævia. Les uns ne s'occupent que de sauver la mère coûte que coûte, sans s'occuper de l'enfant ; les autres soutiennent qu'en cherchant à sauver l'enfant, on obtiendra, par là même, la guérison de la mère. C'est à ce dernier avis que se range M. Berry Hart, d'Edimbourg. Voici les conseils qu'il donne à ce propos :

1° Rompre le sac amniotique, ce qui facilite la contraction de l'utérus ;

2° Appliquer un solide bandage sur le ventre de la parturiente ;

3° Introduire, au besoin, un tampon pour gagner un peu de temps, tout en surveillant la malade avec le plus grand soin ;

4° Décoller la partie du placenta adhérente au segment inférieur de l'utérus : s'il n'y a pas d'hémorrhagie, on peut attendre, le travail s'accomplira peut-être normalement ; dans le cas contraire, faire la dilatation du col au moyen du di-

latateur hydrostatique. On attend encore en surveillant toujours la malade ; si les forces naturelles paraissent faire défaut, il faut avoir recours au forceps, qui donne le plus de chances à l'enfant ; en dernier ressort, on pratiquera la version ;

5° Eviter autant que possible tout ce qui peut provoquer la septicémie : la contusion ou la meurtrissure des tissus, la rétention dans l'utérus des débris de placenta, de membranes ou de caillots, le défaut de contraction de l'utérus, etc., sont autant de facteurs qui y prédisposent, mais dont l'influence peut être avantageusement combattue et réduite au minimum par l'application rigoureuse des principes thérapeutiques qu'on vient d'exposer.

En outre, il y a encore certaines précautions spéciales à prendre. Après la délivrance, il faut examiner le placenta avec soin pour voir s'il est entier. Si l'utérus ne se contracte pas bien, et surtout si du sang coule encore, on injectera de l'eau chaude à 45° C, en y ajoutant un peu d'iode ou d'acide phénique, ou bien, en présence d'une hémorrhagie persistante, du perchlorure de fer. Il sera bon, en outre, de répéter les injections utérines tous les jours pendant une semaine, et de faire suivre à l'accouchée un régime analeptique.

M. *Robert Barnes*, de Londres, déduit sa thérapeutique d'une théorie un peu spéciale sur le placenta prævia :

L'utérus peut être divisé en 3 zones : 1° la supérieure ou zone du fond ; 2° l'équatoriale ; 3° l'inférieure ou segment inférieur, séparée de la précédente par la ligne de démarcation, qu'il appelle cercle polaire inférieur et qui porte encore les noms d'os interne de Braune, anneau de Bandl et anneau constricteur de Schrneder.

Le danger commence quand le placenta s'insère sur cette dernière partie, le segment inférieur. Le placenta prævia est central lorsqu'il recouvre l'orifice interne. C'est alors une véritable grossesse ectopique.

Bandl a exagéré les différences entre la zone équatoriale et le segment inférieur. 1° L'hémorrhagie vient des vaisseaux internes. 2° Ces vaisseaux sont déchirés par la séparation du placenta d'avec l'utérus.

Les causes de l'hémorrhagie peuvent être une contraction utérine, ce qui est rare, et la congestion utérine au moment de l'époque menstruelle habituelle. La persistance de l'hémorrhagie est due à ce qu'il n'y a pas de contraction et à ce que la rétraction normale est empêchée ordinairement par des adhérences.

Le placenta prævia subit fréquemment des altérations, des dégénérescences graisseuses qui favorisent son décollement prématuré. Une autre cause fréquente est l'élargissement trop rapide du placenta pour la surface qui le supporte ; il se passe un phénomène analogue à la rupture de l'œuf dans la grossesse tubaire.

Dans ces conditions, on peut résumer ainsi les principales indications du traitement :

1° Lorsque l'hémorrhagie a lieu avant le travail ou au commencement, alors que la dilatation est nulle ou peu considérable, il ne faut pas chercher à extraire l'enfant. On doit rompre les membranes. 2° Le détachement complet du placenta n'est pas nécessaire, et on ne peut pas s'y fier pour arrêter l'hémorrhagie. 3° Dans des présentations vicieuses de l'épaule, version bipolaire. 4° Dans quelques cas il suffit de réveiller la contraction utérine par la rupture des membranes ou la galvanisation. 5° Avec une dilatation de 4 centimètres, l'hémorrhagie ayant cessé, laisser le travail s'accomplir spontanément. 6° Quand, dans certains cas graves, l'accouchement forcé est impraticable ou dangereux, détacher avec l'index la partie præviale du placenta, dont les adhérences empêchent les contractions normales du segment inférieur. 7° Lorsque les contractions s'arrêtent, il faut dilater suffisamment l'orifice avec le dilatateur hydrostatique de Barnes, puis faire une application de forceps, une version, une embryotomie.

Il n'est pas partisan de la méthode de Braxton Hiks et rejette également l'accouchement forcé. Rappelant la pratique de Smellie, citée par Müller, il ajoute qu'il n'y a pas *une* méthode, mais des opérations multiples auxquelles on doit faire appel successivement, selon les progrès du travail, et les conditions spéciales du cas présent, en se souvenant que la devise est « plus fait douceur que violence ».

Rappelons, à ce propos, les excellents résultats que l'on obtient avec le ballon de Champetier de Ribes introduit dans l'œuf, ou mieux encore, si cela est possible, entre la paroi interne et l'œuf. Notre ami et collaborateur le Dr Lepage a exposé récemment ce procédé dans un article du *Concours* (1).

Injecteur-siphon du Dr Michel.

La *Normandie médicale* nous signale une invention pleine d'ingéniosité, qui profitera certainement à bien des confrères. C'est un injecteur-siphon d'une grande simplicité, dont voici en deux mots la description :

Un tube de caoutchouc plonge par un bout dans un récipient quelconque ; par l'autre bout il peut recevoir une canule à injection ou à lavement ; il suffira de faire le vide dans ce tube pour l'amorcer et le transformer instantanément en siphon.

Pour faire le vide dans ce siphon, il suffit de promener, sur 50 ou 60 centimètres de longueur du tube, un curseur qui étrangle le cylindre de caoutchouc entre deux roulettes métalliques. Quand le curseur est arrivé au bout de sa course, les deux roulettes s'écartent l'une de l'autre, le tube de caoutchouc reprend ses diamètres normaux et l'appareil est amorcé.

Le grand avantage de cet injecteur est de supprimer la bouteille du *vide-bouteille*, l'entonnoir indispensable et l'aide qui doit tenir la bouteille renversée.

La longueur du tube donne au jet d'eau une pression égale à celle que donne l'appareil Eguisier ; cette pression peut être modérée en rapprochant plus ou moins les deux roulettes du curseur, et on peut obtenir un jet continu d'une durée indéterminée.

Les bains d'air chaud contre la chlorose.

Préconisés par Scholz, les bains d'air chaud sont employés d'après la théorie de Virchow, qui attribue la chloro-anémie au rétrécissement du lit vasculaire, à la gêne circulatoire par suite d'une pléthore relative et la stase dans les capillaires. La sudation que provoque le bain d'air chaud

(1) *Concours médical*, 1892.

diminue la masse sanguine et rétablit la circulation.

Voici comment on administre les bains d'air chaud : La malade est couchée sur un lit assez long sur lequel en travers sont posés des cerceaux de 50 centimètres de tour ; le tout est entouré de draps et de couvertures qui pendent jusqu'à terre et entourent le lit de tous les côtés ; les draps et couvertures enveloppent les épaules et le cou de la malade. Au pied du lit, on met une caisse tapissée d'étain, dans laquelle brûlent quelques lampes à alcool. Quelques thermomètres sont fixés dans différents points. La température atteint de 50 à 55° R.

La durée moyenne d'un bain est d'une heure environ. La durée est réglée suivant le cas, en se guidant sur la vitesse du pouls, sur la respiration et sur les sensations subjectives des malades. Après les premiers bains, la sudation n'est pas considérable ; du quatrième au sixième bain la sécrétion sudorale augmente considérablement. Les malades se plaignent ordinairement de fatigue, de lassitude, de douleurs dans les membres et de bourdonnement, symptômes qui disparaissent au bout de quelque temps, ordinairement après quelques heures de sommeil.

Le fer sera toujours un précieux auxiliaire de ce moyen encore peu connu, même s'il n'avait absolument rien produit, administré isolément. Le bain russe est aussi efficace que le bain d'air chaud.

L'albuminurie à l'Académie.

La discussion de l'Académie de Médecine sur l'albuminurie et le régime des albuminuriques a pris tout d'un coup une tournure singulière, grâce aux allégations paradoxales de M. Lancereaux. Au début, c'était un concert à l'unisson où MM. G. Sée et Dujardin-Beaumetz pontifiaient à l'envi sur le traitement diététique des albuminuries. Puis, M. Bouchard est venu redresser certaines tendances à l'identification des albuminuries et des néphrites. On ne traite pas l'albuminurie, symptôme de très nombreuses maladies, mais on traite la maladie, cause de cette albuminurie, qu'il s'agisse d'une néphrite, qu'il s'agisse d'une maladie générale ou d'une affection hépatique.

Pour terminer, M. Lancereaux vient renverser d'un coup d'épaule tout l'édifice théorique de M. G. Sée. Les diurétiques me réussissent à merveille, dit-il ; la scille, la digitale à hautes doses sont de précieux médicaments. Bien plus, la cantharide en teinture, à la dose de 8, 10, 12 gouttes, m'a donné des résultats surprenants dans des cas de néphrite épithéliale avec anasarque, albuminurie et expulsion de cylindres hyalins. Rayer et Grisolle ont employé ce médicament aussi, avec succès. M. G. Sée n'est pas satisfait et demande des faits précis. Au nom de l'Académie, effrayée de la hardiesse paradoxale de M. Lancereaux, le Président invite M. Lancereaux à préciser dans quels cas la cantharide n'est pas dangereuse ; car si la notion, que l'on peut traiter systématiquement les albuminuries par la cantharide, entrait dans la pratique courante, cela produirait inévitablement des désastres épouvantables. M. Lancereaux se justifie en répétant que son traitement par la cantharide s'applique aux *néphrites épithéliales avec anasarque et expulsion de cylindres hyalins.*

LA SCARLATINE EN ANGLETERRE

Londres, le 22 octobre 1892.

Une analyse de 1,008 cas de scarlatine traités au « South Western Hospital » de Londres.

M. Le Dr Foord Caiger, médecin en chef de l'hôpital South Western, en publiant une analyse de 1,008 cas de scarlatine, a fait un travail très intéressant. Les conditions hygiéniques et autres dans lesquelles les malades furent traités étant identiques, ce travail fournit des données précises, qui permettent d'établir des comparaisons, en même temps que le nombre de cas, suffisamment considérable, permet de généraliser les conclusions. Je me bornerai à faire ressortir les points les plus saillants et les plus importants de cette étude.

1. — *Saison.*

Le nombre de cas admis, par mois, correspond aux observations recueillies dans toute l'étendue de Londres pendant les 17 dernières années. Au minimum, pendant le premier trimestre de l'année, il y a une faible augmentation pendant le mois de mai, qui se maintient pendant l'été. Cette augmentation s'accroît brusquement en septembre et atteint son maximum en octobre. Le nombre diminue alors rapidement pendant le dernier trimestre.

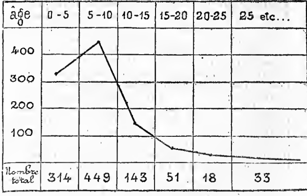
2. — *Conditions sociales.*

On note une mortalité plus élevée parmi les pauvres et les mal nourris et le type de la maladie est aussi en général plus grave et suivi plus fréquemment de complications.

3. — *Age.*

449 ou 44,5 % des malades appartiennent à la seconde période quinquennale, c'est-à-dire entre 5 et 10 ans ; et 31.1 % à la première : entre 0 et 5 ans.

Un examen plus attentif nous révèle que la fréquence de la maladie s'accroît plus ou moins graduellement de 1 à 5 ans, où elle atteint son maximum, puis elle tombe régulièrement jusqu'à l'âge de 10 ans. Le nombre diminue ensuite avec chaque période quinquennale — et rapidement. — Après l'âge de 25 ans, le nombre de cas est insignifiant.



Cette statistique est d'accord avec les observations faites sur les cas admis dans les hôpitaux des fiévreux de Londres pendant les 10 dernières années.

4. — *Sexe.*

La répartition est à peu près la même : g. = 509; f. = 499.

Au-dessous de 5 ans : g : f : : 7 : 6 ; au-dessus de 5 ans il y a prépondérance du sexe féminin.

5. — *Mortalité.*

La mortalité totale est de 4,67 %, chiffre qui est notablement au-dessous de la mortalité générale des scarlatineux à Londres. Les malades appartenant en général à la classe pauvre, le résultat est très satisfaisant. Si des décès, on exclut 2 cas qui eurent pour cause une rougeole consécutive ou secondaire, deux une septicémie puerpérale, un la fièvre typhoïde consécutive, un la coqueluche et un la phtisie, la mortalité due à la fièvre scarlatine seule n'est que de 3,89 %. Le chiffre le plus haut fut atteint pendant le dernier trimestre de l'année. — 11.4 % des décès embrassent la première période — de 1 à 5 ans ; au-dessus de 5 ans la mortalité est 1.44 % (n'étant que de 0,89 % entre 5 et 10 ans). La gravité de la scarlatine est donc plus forte parmi les enfants en bas âge, ce qui est en parfait accord avec l'opinion généralement admise ; entre 20 et 30 ans elle est presque nulle. Ceci est une raison incontestable pour insister sur l'isolement — même légalement forcé — des scarlatineux ; on trouve encore de nos jours des personnes qui sont d'avis que les enfants soient exposés à la scarlatine, sous prétexte qu'il vaut mieux contracter la maladie pendant la jeunesse ; pour toute réponse nous attirons leur attention sur les statistiques ci-dessus qui sont plus ou moins typiques, et nous leur rappelons que la fréquence des complications est aussi bien plus considérable chez les jeunes enfants.

6. — *Complications*, p. %

Otite : 12,9 ; Adénite : 7,1 ; Rhinite : 6,2 ; Eczéma : 3,3 ; Albuminurie : 3,1 ; Néphrite : 2,7 ; Gangrènes cutanées (stomatite, etc.) : 2,8 ; Rhumatisme : 2,7 ; Bronchite : 2,08 ; Conjonctivite : 1,35 ; Amygdalite secondaire : 1,24.

Otite. — C'est la complication la plus commune. La plupart des 125 cas sont des enfants et surtout de jeunes enfants. Les premiers symptômes furent : les douleurs d'oreille et plus ou moins de fièvre pendant 2 ou 3 jours. Avec l'écoulement, les symptômes subjectifs disparurent. La rupture du tympan fut fréquente. Il semble exister une relation directe entre la sévérité de l'attaque et le développement précoce de cette affection. La durée de l'otorrhée varie entre 3 ou 4 jours et 3 ou 4 mois ; la moyenne est de 2 semaines. La suppuration des cellules mastoïdes est notée dans 3 cas. Un seul cas d'otite atteint un malade au-dessus de 10 ans. Tant que l'otorrhée dure, on doit considérer le malade comme infectieux.

Adénite : 69 cas. — On ne considère pas, sous ce titre, les cas de gonflement ganglionnaire associé, dès le début de la maladie, au catarrhe pharyngé et l'amygdalite ; mais une affection distincte, paraissant de 8 à 20 jours après le commencement de l'attaque, accompagnée d'élévation thermique, et dans laquelle une ou plusieurs glandes du cou se gonflent rapidement. Assez souvent la suppuration survient ; 17 sur 19 cas nécessitèrent l'intervention chirurgicale. Il est difficile d'assigner une cause à cette complication, mais certaines observations tendent à faire incriminer les conditions atmosphériques — témoin son apparition dans plusieurs salles en même temps.

Rhinite : 58 cas. — Elle est souvent associée à l'otite et est aussi relativement bien plus fréquente chez les jeunes enfants. Autant que possible sont exclus de cette catégorie les cas dans lesquels on observe un écoulement nasal ou coryza couenneux, presque dès le début de la maladie ou au summum de la fièvre ; ce symptôme est bien souvent un signe de mauvais augure. La difficulté de distinguer les symptômes des complications n'est nulle part mieux accentuée que dans certains accidents de la scarlatine.

Eczéma dans 32 cas. — Son siège le plus fréquent est la lèvre supérieure au coin des narines, derrière les oreilles ou à l'orifice du conduit auditif externe. Bien souvent il se trouve associé à l'otorrhée ou à l'écoulement nasal.

Albuminurie (simple) : 30 cas. — Cette complication est distincte de la néphrite aiguë, et se caractérise par la présence, pendant au moins trois jours, d'une quantité d'albumine facilement perceptible. Une petite quantité d'albumine, notée pendant la période fébrile, ne constitue pas l'albuminurie. Le réactif employé est l'acide picrique. Il est très intéressant de comparer la proportion 31 % donnée par le Dr Caiger avec les résultats notés par le Dr Astley Gresswell. Sur 375 cas de scarlatine, traités dans le même hôpital, entre les mois d'octobre 1887 et janvier 1888, M. le Dr Gresswell prétend avoir trouvé l'albuminurie dans 93 % de ses cas. Quelque différence dans le caractère de l'épidémie peut expliquer cette divergence. Les salles, l'entourage des malades sont les mêmes, mais le traitement diffère notablement dans les deux séries. Les malades du Dr Gresswell sont soumis, pendant 3 semaines, à un régime consistant en lait, bouillon et deux œufs (chez ceux au-dessus de 10 ans, 4 œufs par jour), et aucun bain n'est administré.

Chez ceux du Dr Caiger, au contraire, le régime se compose de viande ou de poisson avec quelques légumes, dès le commencement de la convalescence (la période apyrétique), un œuf par jour seulement pour les malades au-dessus de 10 ans, et un bain chaud tous les deux jours. Dans les deux cas les malades restent au lit pendant 3 semaines. Le traitement, pendant la 2e et 3e semaine varie donc en ceci, que les malades du Dr Gresswell étaient à un régime riche en albumine diffusible et ne prenaient pas de bain ; ceux du Dr Caiger à un régime bien moins riche en albumine diffusible et prenaient des bains ; et c'est justement pendant cette période que le Dr Gresswell a trouvé l'albumine si fréquemment, au mois d'octobre et de novembre, dans 100 % de ses cas.

L'expérience du *London Fever hospital*, où le traitement est à peu près le même que celui du Dr Caiger (les malades cependant se lèvent plus tôt, dès le 10e jour en général) vient à l'appui de son opinion que le traitement est responsable de la divergence ci-dessus notée.

L'albuminurie se montre presque toujours chez les jeunes malades. 93 % des cas se rencontrent chez ceux au-dessous de 10 ans (la proportion relative des admissions étant de 75 %). L'origine a frigore semble être douteuse ; mais, par contre, l'humidité est un facteur puissant dans l'étiologie. Il résulte d'observations faites avec soin sur les urines de plus de 5,000 cas de scarlatine que, les jours d'humidité, avec une faible pression barométrique, la présence de l'albumine est fréquente.

Il est fort à croire aussi que l'accumulation des malades, dans les salles d'un hôpital, prédispose à l'albuminurie.

Gangrènes cutanées et muqueuses (la stomatite, etc.) 27 cas. Chez les uns la lésion était limitée à une ulcération superficielle des lèvres, de la langue et de la muqueuse des joues ; mais chez d'autres on a observé une ulcération nécrobiotique profonde, avec sphacèle de la joue et des gencives. Dans ces cas la température peut être élevée ou abaissée selon le type des malades. Le Dr Caiger a grande confiance ici dans un traitement énergique. Il recommande, chez ceux qui ne guérissent pas par un traitement simple, le badigeonnement (sous chloroforme) avec l'acide nitrique fumant; la surface ulcérée, dès la première application, dans bien des cas, devient plus propre et plus saine, et les bourgeons se multiplient rapidement. L'affection est, sans contredit, contagieuse ; il y a donc lieu d'exercer une surveillance attentive sous le rapport des verres, cuillers, etc., qui ont servi aux malades infectés. Les complications les plus graves s'observent chez les jeunes enfants, souvent mal nourris, et surtout lorsqu'ils sont affaiblis par la rougeole ou autre maladie infectieuse, antérieure à la scarlatine.

Néphrite aiguë : 26 cas. — Les cas les plus nombreux furent observés pendant l'été. Le début se fait presque toujours avant le 20e jour, le malade étant encore au lit. L'œdème est rare ; l'hématurie a un degré plus ou moins considérable, presque invariable. Deux fois le Dr Caiger a noté les convulsions, une fois suivies de mort, la seule parmi les 26 cas. Il y a lieu de noter ici que la proportion de néphrite, 2.7 %, est faible, et ne s'accorde guère avec l'opinion de certains auteurs, telle qu'elle est formulée dans leurs ouvrages, qui donnent la néphrite comme la complication la plus fréquente et la plus importante de la scarlatine. L'expérience du Dr Caiger, qui est considérable, lui permet de déclarer que c'est une complication rare chez les scarlatineux traités dans des conditions favorables.

Rhumatisme : 26 cas. — Cette catégorie ne comprend que les cas dans lesquels il y avait une élévation thermique, associée à des douleurs articulaires appréciables surtout à la palpation, et exclut ceux qui présentent quelques douleurs articulaires fugaces, pendant la période fébrile, peu sensibles à la palpation et sans rougeur. Le péricarde fut atteint dans deux cas, et l'endocarde dans deux autres.

Les articulations, le plus souvent atteintes, sont les poignets, les coudes et les chevilles. Le début du rhumatisme est en général du 6e au 10e jour, c'est-à-dire vers la fin de la période fébrile ; il est plus fréquent chez les adultes et chez ceux, particulièrement, où l'éruption a été bien développée et suivie d'une desquamation abondante. Il ne paraît pas dépendre de la saison.

Bronchite : 20 cas. — En général à type bénin et de courte durée, bien différent de la bronchite rubéolique.

Conjonctivite : 13 cas. — Débute en général pendant la convalescence.

Le Dr Caiger se félicite de l'absence de la diphthérie comme complication de la scarlatine. C'est une maladie si grave et de pronostic si fâcheux, qu'elle est souvent la terreur des médecins d'hôpitaux de fièvreux. Le Dr Caiger est fortement d'avis qu'avec un bon isolement, et avec les précautions les plus grandes pour empêcher l'introduction des germes des pavillons diphthériques, l'infection est une affaire de local et d'hygiène des salles. L'humidité de l'air et du sol paraissent être des facteurs puissants dans la propagation de la diphthérie. Heureusement, les conditions du South Western Hospital sont favorables sous ce rapport. Le sol est sablonneux, les bâtiments secs, et les salles sont munies d'un système efficace de chauffage, qui permet, en même temps, une libre ventilation.

Rechutes : 6 cas. — Dans 4 de ces cas les symptômes et les signes de chaque attaque furent si bien accentués, l'éruption, le caractère des lésions de la gorge, de la langue, le cours de la fièvre, la desquamation, qu'aucun doute n'existe ; et du reste la scarlatine récurrente a été positivement démontrée par bon nombre d'autres auteurs. Dans les cas du Dr Caiger l'époque de la rechute fut le 12e, le 14e, le 17e jour chez trois malades, deux dans la 5e semaine et un dans la 7e semaine. Dans 3 cas la rechute fut plus grave que l'attaque initiale.

Desquamation. — La durée est très variable. Dans un petit nombre, principalement chez les adultes ou les très jeunes enfants, la desquamation est complète en 6 semaines. Dans d'autres, elle dure 12 ou même 15 semaines. Les malades du Dr Caiger furent retenus à l'hôpital, en moyenne, pendant 9 semaines ; mais il y a lieu d'attirer l'attention sur ce fait qu'aucun malade n'obtint son congé avant l'achèvement complet de la desquamation, ni tant qu'il existait soit un écoulement nasal, soit l'otorrhée, soit l'albuminurie.

Traitement. — Dans la grande majorité des cas aucun traitement spécial ne fut institué, et, en général, il fut symptomatique.

Pour le mal de gorge le traitement habituel est le gargarisme au chlorate de potasse ou la solution d'acide borique. Dans les cas d'inflammation des ganglions du cou, les cataplasmes réussissent bien.

Pour abaisser la température, les affusions froides ; dans certains cas d'insomnie, le sulfonal.

Pendant la période de fièvre le régime consistait en lait, bouillon, un ou deux œufs et la glace, suivi de pain et beurre et remplacé, lorsque la température devenait normale, par le poisson, la viande blanche et accompagné d'un traitement par les bains chauds tous les deux jours.

L'alcool ne fut employé que dans les cas graves : eau-de-vie, vin d'Oporto, champagne.

Au bout de 3 semaines les malades se lèvent et on leur permet de sortir quelques heures par jour au grand air, ayant soin de les vêtir de gilets de flanelle, etc.

Les complications furent traitées selon leur nature. Quant au traitement de l'albuminurie : si les urines ne sont pas rares, quoique la proportion d'albumine soit assez grande, le Dr Caiger ne se borne pas au régime lacté, mais permet à ses malades le poisson, les œufs à la coque. Une terminaison fatale dans la néphrite scarlatineuse est rare ; dans cette série de 1,000 cas, par exemple, il n'y a eu qu'un décès dû aux convulsions urémiques, chez un enfant qui avait déjà une néphrite lors de son entrée à l'hôpital.

Dr Macevoy.

GYNÉCOLOGIE

Contributions nouvelles du traitement électrique, faradique et galvanique, au diagnostic en gynécologie,

Par le Dr G. Apostoli.

La question qui domine toute la gynécologie opératoire est assurément la question de l'état des annexes de l'utérus.

Tous les jours, le praticien est appelé à se poser ce problème difficile à résoudre : *les annexes sont-elles malades ?* si elles sont malades, *y a-t-il déjà suppuration, ou bien seulement inflammation ? et quel est le degré de cette inflammation ?*

Devant ces délicates questions, l'incertitude règne trop souvent encore et le diagnostic peut rester douteux ; le chirurgien a recours alors à une laparotomie dite exploratrice, où la surprise est souvent la règle, quand il ne fait pas d'emblée une hystérectomie vaginale dont la légitimité n'est pas toujours entièrement prouvée.

Il n'est donc nullement besoin d'insister sur l'intérêt que présente, au point de vue des indications opératoires, un nouveau signe d'exploration qui, par sa précision et la facilité de son application, est destiné à éclairer le chemin du chirurgien sans que celui-ci ait recours au bistouri, à rectifier, ou à confirmer un diagnostic douteux, à imposer ou même hâter, dans certains cas, telle opération, dont la nécessité ne paraissait pas d'emblée s'imposer, et à en proscrire telle autre comme inutile ou dangereuse.

La chirurgie évitera, grâce à lui, bien des mécomptes, bien des méprises fatales et souvent irréparables.

Ce nouveau signe d'exploration est fourni par le courant électrique, soit faradique, soit galvanique, et, désormais, ce serait agir avec une précipitation fâcheuse, sinon coupable, que de faire, dans un cas tant soit peu douteux, une laparotomie dite exploratrice, ou une castration d'emblée, avant d'avoir épuisé toutes les ressources soit de la *sédation faradique* (douleurs dites ovariennes rebelles), soit de la *réaction galvanique intra-utérine* (lésion douteuse des annexes).

I. — Courant faradique.

Le courant faradique de tension (avec un fil long et fin), appliqué pendant un temps *suffisamment long*, est un grand sédatif, un calmant certain de la douleur en général et il a une influence considérable sur les douleurs, dites ovariennes, *d'origine hystérique*, qui tiennent une place si grande dans la pathologie utérine.

Si ces douleurs, dites ovariennes, sont hystériques et *rien qu'hystériques*, le courant faradique les supprime, ou, du moins, les interrompt presque instantanément, dès la première application, et pour une durée qui varie de quelques heures à plusieurs semaines.

S'il ne les calme pas, c'est que ces douleurs ovariennes ne sont pas hystériques, c'est qu'il y a un processus inflammatoire, entretenant une irritation des annexes, non justiciable de l'action sédative du courant faradique.

Si donc, dans tel cas, le *succès* curatif nous éclaire sur le diagnostic et nous impose une *abstention opératoire*, dans tel autre, au contraire, l'*insuccès* nous montrera que la douleur a sa source profonde, qui réclame soit un traitement galvanique supplémentaire, soit une intervention opératoire.

II. — Courant galvanique.

L'utérus est sous la dépendance de l'innervation ovarienne et salpingienne, et la sensibilité utérine, au courant continu, est, avant tout, vassale et tributaire de celle des annexes.

L'utérus a une tolérance absolue (sauf quelques exceptions) quand sa périphérie est saine.

Son intolérance grandit avec l'état d'acuité de l'inflammation de ses annexes.

Ces deux faits, de la plus grande importance, ont trouvé une sanction dans une expérience de plus de dix années. Les preuves ont été faites, les contre-épreuves répétées : maintes fois, nous avons vu des femmes souffrir et être intolérantes au traitement galvanique intra-utérin, parce que les annexes étaient enflammées ; on supprimait ces annexes, le calme revenait et la sensibilité utérine était rétablie.

Pour faire la contre-épreuve et prouver que l'intolérance utérine était provoquée par l'état pathologique des annexes, on se mettait dans les mêmes conditions opératoires, on électrisait cet utérus *après*, comme *avant* la castration, et, lui qui, avec ses annexes, ne supportait rien, ou presque rien, une fois débarrassé de ses annexes malades, avait récupéré une tolérance physiologique.

L'état morbide des annexes, voilà donc la première, la principale cause de l'intolérance de l'utérus au courant continu. A côté d'elle, il y en a d'autres, d'une importance et d'une fréquence secondaires :

1° L'*hystérie* franche avec ses réactions vives, subites, et son ensemble symptomatologique, bien connu.

2° Certaines *tumeurs fibro-kystiques* de l'utérus dont la nature maligne est très probable.

3° Les *phlegmasies du bassin*, y compris celles de l'intestin, qui ont une histoire symptomatique caractéristique.

Mais ce qui domine la scène, c'est, répétons-le, l'état d'intégrité ou l'état pathologique des annexes.

Quelles conclusions cliniques et opératoires peut-on tirer de ces faits très brièvement exposés ?

Voici la réponse résumée, mais précise :

I. — Un utérus, dans la cavité duquel on fait des applications de courant continu, à la dose de 100 a 150 *M. A.*, avec toute la prudence nécessaire, les règles de l'antisepsie, et le respect de la tolérance individuelle, si ces applications ne provoquent pas de réaction opératoire (pendant la séance) et surtout pas de réaction post-opératoire (douleurs, réaction nerveuse, ou fébrile, le soir de la séance et les jours suivants), cet utérus, dis-je, *a sa périphérie saine, sans lésion inflammatoire des annexes*. Il peut exister une hypertrophie utérine, un fibrome, de l'endométrite, justiciables, dans la suite, d'un traitement électrique approprié ; il peut même y avoir un *kyste simple de l'ovaire*, mais la tolérance électrique a établi le diagnostic ; *il n'y a pas de lésion inflammatoire ou suppurée des annexes* justiciable d'une intervention chirurgicale.

II. — Les phlegmasies du bassin et surtout

les inflammations aiguës des annexes de l'utérus, prédisposent aux réactions vives, après des applications intra-utérines du courant électrique ; un utérus qui ne supporte pas 50 *M. A.*, ou qui les supporte mal, chez lequel les suites opératoires sont ou très douloureuses, ou fébriles, est un utérus dont la périphérie est suspecte, qu'il ne faut interroger qu'avec modération et prudence sous peine d'accidents ; et ces accidents sont possibles sans la circonspection et la réserve qui doivent être la ligne de conduite du praticien devant une réaction galvanique post-opératoire.

III. — Souvent un utérus se montre intolérant au début du traitement galvanique ; puis, petit à petit, grâce à la patience et au bon sens pratique d'un opérateur éclairé, son intolérance initiale s'atténue avec le nombre des applications, pendant que parallèlement s'accentue et grandit avec le temps l'amélioration symptomatique de la malade ; c'est, ou bien un utérus d'hystérique qui a bénéficié de l'action sédative du courant, ou bien un utérus dont les annexes ont été enflammés antérieurement, mais dont toute phlegmasie *aiguë* a disparu actuellement, dont le processus inflammatoire est en voie de régression, ou d'arrêt. Le praticien peut passer outre et continuer sa route, qui est libre.

IV. — Au contraire, si l'on se trouve en présence d'un utérus, dont l'intolérance, excessive dès le début, même pour des doses minimes (20 à 30 M. A.), ne fait que se développer et grandir avec le nombre des séances, si les réactions post-opératoires sont violentes (douleurs le soir, le lendemain et les jours qui suivent la séance, perte de l'appétit, insomnie, élévation de température), c'est que cet utérus a une périphérie atteinte d'une lésion aiguë, une *ovaro-salpingite* suppurée, le plus souvent : dans ce cas, rien à faire ; les applications du courant continu, loin d'améliorer la situation pourraient, au contraire, aggraver l'état antérieur ; l'intervention chirurgicale est nécessaire, il faut opérer sans hésitation.

On voit, par ces considérations très brèves, tout le parti que la chirurgie peut tirer, au point de vue du diagnostic et des indications opératoires, de ce nouveau signe d'exploration, *le courant électrique qui est le meilleur auxiliaire de la gynécologie conservatrice*.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Maires et médecins.

On s'est parfois étonné de nous voir lutter, d'une manière systématique, contre les projets d'organisation du service d'assistance qui pouvaient mettre en rapports trop immédiats maires et médecins.

Nous avons toujours répondu, qu'il y avait, là, une source de conflits d'autant plus fréquents que les maires oublient trop volontiers la limite de leurs attributions et d'autant plus fâcheux que l'Administration préfectorale ne connaît guère les faits que défigurés et amplifiés par les dires intéressés de l'une des parties. Et nous avons, avec une conviction de plus en plus arrêtée, soutenu la nécessité de l'organisation départementale qui donne au médecin, le Préfet comme chef. — Il sera sûr, du moins, d'avoir un supérieur intelligent.

Est-il besoin de justifier cette opinion ?

Le hasard de la correspondance nous sert à souhait, et voici deux faits que nous recommandons aux méditations de ceux de nos confrères qui ne redoutent pas l'ingérence tracassière des maires dans les questions d'assistance :

Dans un département du Midi, le Dr A.., médecin d'un Bureau de Bienfaisance depuis quatre ans (avec 150 fr. de traitement), reçoit un jour, au mois de septembre, à midi, une lettre du maire, le priant de soigner une personne *non inscrite encore sur la liste* des indigents.

Par oubli, le Dr A... ne va voir le malade qu'à sept heures du soir et il apprend, des parents, qu'ennuyés d'attendre, ils sont allés quérir un autre médecin. Notre confrère n'insiste pas et fait prévenir le maire de l'incident.

Le lendemain, le malade allait plus mal, les parents reviennent chercher le Dr A... qui se rend sans hésiter près du malade et le soigne jusqu'à complète guérison.

Quelle n'est pas la stupéfaction du Dr A... lorsque, à la fin de septembre, il apprend que le *maire refuse de mandater* son traitement de médecin du Bureau de Bienfaisance pour *les deuxième et troisième trimestres de* 1892, ainsi que la somme due *pour fournitures de médicaments* pendant la même période ?

Le Dr A... n'ayant obtenu du maire aucune réponse, s'adressa au Préfet qui lui répondit :

« Il résulte des explications fournies par le maire que vous auriez refusé de visiter un malade indigent et que vous n'apporteriez pas dans l'exercice de vos fonctions de médecin des indigents toute la régularité et tout le zèle qu'on est en droit d'exiger de vous. Dans ces conditions, le maire a cru devoir différer le mandatement des sommes réclamées jusqu'au moment où une décision sera prise à votre égard par les membres de la Commission administrative du Bureau de Bienfaisance. »

Or, la dite Commission s'étant réunie ultérieurement, le maire n'a pas même fait allusion au cas du Dr A... qui entendait d'ailleurs parler de sa négligence pour la première fois.

Que va faire le Dr A... ? saisir la justice ? engager une lutte ouverte ? — Nous ne l'en blâmerons certes pas, mais on voit quels ennuis il a en perspective.

Et pourquoi ? sans doute pour quelque rivalité locale, pour quelque inimitié privée, qu'on n'ose pas mettre en avant.

Voici maintenant le second fait ; il s'agit d'un département du centre où le service d'assistance est départemental et a, à sa tête, sous l'autorité du Préfet, un Inspecteur médecin.

Au cours de l'hiver, le Dr R... est mandé par une malade indigente atteinte d'une ascite énorme qu'il ponctionne ; il revoit la malade et la laisse dans un état satisfaisant.

Il apprend bientôt que la famille de la malade et la malade elle-même déblatèrent sur son compte à qui mieux mieux, le traitant de boucher et déclarant ne plus jamais vouloir recevoir ses soins à l'avenir. Aussi, appelé quelques semaines plus tard pour ponctionner à nouveau l'ascite qui a reparu, le Dr R... refuse-t-il de faire cette petite opération et conseille-t-il le transport de la malade à l'hôpital.

Au mois de mars, le Dr R..., appelé dans la même commune pour un tuberculeux qu'il soignait depuis un certain temps et ne pouvant se rendre près de lui immédiatement, faisait envoyer par le pharmacien les médicaments nécessaires et visitait ultérieurement le malade sans que celui-ci, d'ailleurs, s'en plaignît autrement.

Mais au mois de juin 1891, le Conseil municipal

étant réuni pour dresser le budget de la commune, le maire flétrissait en séance la conduite du Dr R... qui « refusait ses soins aux indigents, laissait sans le visiter un malade alteint de pneumonie (c'était le tuberculeux) et était cause de sa mort (plusieurs semaines après), qui faisait des opérations inutiles et barbares, etc... etc... » Comme conclusion, il proposait au Conseil *de supprimer le traitement du Dr R... à partir du 1er mars* 1891 ; ce que le Conseil votait d'ailleurs sans aucune réflexion. Mais l'approbation préfectorale était nécessaire pour que la délibération fût exécutoire : elle fut donc transmise au Préfet dans le courant de juillet.

L'Inspecteur départemental du service d'assistance, chargé de donner son avis, répondit :

« Le service d'assistance est départemental, le traitement des médecins est servi par le budget départemental et les communes versent simplement à ce budget une cotisation qui assure leur participation.

« Dans ces conditions, le maire et le Conseil municipal n'ont pas le droit de suspendre le traitement du Dr R... En ce faisant ils ont dépassé la limite de leurs attributions. Il n'y a donc pas lieu d'approuver la susdite délibération. »

Le maire eut beau protester, il eut le dessous ; il s'entendit même, ayant cru devoir risquer quelque phrase malsonnante, rappeler à l'ordre par l'Inspecteur qui lui écrivit :

« Si le Dr R... n'a pas rempli son devoir, vous avez, vous, M. le Maire, manqué au vôtre en ne me signalant pas immédiatement sa conduite. C'est en janvier et en mars que vous auriez dû saisir l'administration départementale et non en juillet : j'aurais alors jugé la chose, ce que vous n'avez pas qualité pour faire, etc...»

Inutile d'ajouter que l'enquête, faite par l'Inspecteur, n'ayant permis de relever aucune faute contre le Dr R..., celui-ci toucha son traitement intégral et ne reçut aucun blâme de l'Administration.

On voit la différence des deux cas. Est-il besoin d'insister ? — Nous ne le croyons pas.

Mais, plus que jamais, nous dirons :

Il faut que les services d'assistance soient départementaux et relèvent des Préfets.

Il faut que les médecins, abandonnant toute idée de jalousie mesquine, demandent que dans chaque département *un médecin* soit placé à la tête du service et chargé de le diriger.

Qu'ils nous croient, il sera toujours meilleur pour eux d'avoir comme tampon un confrère qu'un rond de cuir plus ou moins malveillant et, dans tous les cas, incompétent !

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de la Marne, section d'Epernay.

Séance du 2 octobre 1892.

Présents : MM. Pellot, *président*, Evrard, *secrétaire*, Choquart, Mollin, Godard, Jacquinot, Jannin, Limasset, Leclère, Moret, Mangin, Oudiné père, Oudiné fils, Péchadre, Soyeux, Verron.

Excusés : MM. Couilland, Cossin, Chéruy, Dunand, Demange, Plicot.

Les docteurs Patenôtre, de Sézanne, et Michel, d'Esternay, présentés au Syndicat, sont admis à l'unanimité. Le docteur Hugé, membre du Syndicat ancien, se rallie au Syndicat actuel et assiste à la séance, ainsi que le docteur Michel.

Le président donne lecture de l'invitation adressée par l'Union des Syndicats à envoyer un délégué à l'assemblée générale du 27 novembre 1892, et soumet à la réunion la proposition de quelques membres de mettre les frais de cette délégation à la charge du Syndicat.

Le Syndicat accepte l'invitation et la proposition annexe et désigne, à une grande majorité, le docteur Pellot pour le représenter à l'Assemblée générale. Le docteur Pellot accepte la mission, sans accepter les frais d'indemnité.

Plusieurs membres réclament contre l'opposition formée par les pharmaciens au droit, pour les médecins, de porter des médicaments à leurs clients distants de plus de 4 kilomètres de toute officine.

Le Syndicat se rallie à cette manière de voir et demande que la question soit portée à l'ordre du jour de l'Assemblée générale de l'Union et formulée ainsi : *maintien de l'article voté par le Sénat et ajourné par la Chambre des députés au vote de la loi sur la pharmacie.*

Le docteur *Péchadre* demande que les agissements d'une compagnie d'assurances contre les maladies, soient signalés à l'Union ; certains faits constituant une pure escroquerie.

Le docteur *Mangin* demande si le médecin peut, à la demande du tribunal, produire ses livres de comptes à l'appui de ses réclamations d'honoraires. Le bureau du Syndicat sera chargé de résoudre la question.

Le docteur *Hugé* demande si le médecin, appelé près d'un malade déjà traité par un confrere, doit s'y rendre avant d'avoir reçu la preuve que les honoraires du médecin remercié ont été soldés ? — La discussion de cette question sera mise à l'ordre du jour de la prochaine séance.

L'ordre du jour appelle ensuite la continuation de la discussion des tarifs :

1° *Tarifs concernant les Compagnies d'assurance contre les accidents* :

Sont discutés et adoptés les articles suivants :

Art. I. — Quand la Compagnie d'assurance ne demandera au médecin que de constater l'existence et la guérison des blessures survenues à ses assurés, sans s'occuper des soins, le prix de chaque sinistre constaté sera de six francs dans la localité du médecin, aux conditions suivantes : Si les assurés travaillent dans une usine ou atelier, la Compagnie devra faire afficher dans cette usine ou atelier qu'elle ne prend pas les soins médicaux à sa charge en cas d'accidents, à moins cependant que l'industriel n'ait un traité avec le médecin. — Si les assurés travaillent isolément, l'article de la police où il est stipulé que les soins médicaux ne sont pas payés par la Compagnie devra être clair et souligné.

Art. II. — Dans le cas où une Compagnie d'assurances se substituerait à un industriel pour les soins à donner aux ouvriers blessés, le médecin devra demander au moins 8 francs par sinistre constaté et soigné chez lui, quel que soit le nombre des consultations.

Si le blessé ne peut venir à la consultation du médecin, il faudra exiger le prix intégral de chaque visite après la cinquième, soit 2 fr. dans la résidence du médecin.

Art. III. — Tout déplacement hors de la résidence, soit pour constatation, soit pour visite, sera payé 1 fr. par kilomètre en sus du tarif stipulé aux articles précédents.

Art. IV. — Les grands pansements, opération et consultation de un ou plusieurs médecins, seront

réglés suivant un tarif particulier établi par le Syndicat et communiqué aux Compagnies.

Art. V. — Dans le cas où les soins auront été donnés par un médecin appelé d'urgence en l'absence du médecin de la Compagnie, la Compagnie sera responsable des honoraires dus au médecin appelé.

Art. VI. — Avis des précédentes décisions sera donné par les soins du bureau du Syndicat à tous les agents des Compagnies d'assurances ayant des clients dans le territoire du Syndicat.

2° *Tarifs concernant les Compagnies d'assurances sur la vie.*

Art. I. — Tout certificat d'assurances sur la vie sera payé au moins 20 francs ; les déplacements seront payés à raison de 1 fr. par kilomètre en plus.

Art. II. — Notification de cette décision sera faite par les soins du bureau aux agents d'assurances sur la vie de la région ; et les Compagnies qui n'accepteront pas ce tarif se verront refuser l'assistance de tous les médecins syndiqués.

Ces décisions sont, à peu près, celles prises par le Syndicat des médecins de Sedan.

Le Syndicat reçoit ensuite une proposition du docteur Péchadre concernant la communication obligatoire entre confrères de la liste des mauvais clients : cette proposition est mise à l'étude.

M. *Oudiné, père*, demande avis sur deux notes d'honoraires qui lui sont contestées ; le Syndicat approuve ces notes après examen fait par le bureau, et promet son concours à M. Oudiné dans ses revendications.

Est renvoyée à la discussion de la prochaine séance l'étude des rapports avec les bureaux de bienfaisance et les Sociétés de secours mutuels.

Syndicat médical des Côtes-du-Nord.

Le 18 septembre dernier, 37 médecins se sont réunis dans une des salles de l'hôtel de ville de Saint-Brieuc pour fonder *le Syndicat médical des Côtes-du-Nord.*

Les statuts ont été votés et le Bureau composé comme suit :

Président : Dr Bédel, de Lamballe.
Vice-Président : Dr Allo, de Quintin.
Secrétaire : Dr Aubry, de Saint-Brieuc.
Trésorier : Dr Le Voyer, de Binic.
Syndics : Drs Guibert et Bellamy, pour l'arrondissement de Saint-Brieuc.
Dr Ollivier, pour l'arrondissement de Dinan.
Dr Corson, pour l'arrondissement de Guingamp.

Octobre : **Reçu les cotisations des Syndicats de :** Rethel, Tournon (Ardèche), La Réole, Domfront, Sidi-Bel-Abbès, pour 1891 et 1892. — Versailles, Bernay, Vexin, Corbeil, Quimperlé, Nantes, St-Calais, Brest, Basses-Cévennes, Arles-sur-Rhône, La Rochelle, Bordeaux suburbain, Voiron (Isère), pour 1892.

REPORTAGE MÉDICAL

Retraite de M. Verneuil. — Samedi dernier, M. le Professeur Verneuil a fait ses adieux à ses élèves dans le grand amphithéâtre de la Faculté, qui ne pouvait contenir la foule des auditeurs venus pour entendre une dernière fois ce maître éminent. Cette retraite n'est d'ailleurs pour lui qu'un repos, qui lui permettra de s'occuper avec plus d'ardeur que jamais de toutes les idées qui lui sont chères. L'assistance a applaudi unanimement aux paroles d'adieu prononcées par M. Brouardel au nom de la Faculté.

— *Médecine de colonisation en Algérie. Pétition des médecins de colonisation adressée à la Chambre des Députés.* Dans la communication qu'a faite le Dr Milliot au Congrès de Marseille de l'Association française pour l'avancement des sciences, sur la Médecine de colonisation en Algérie, communication qu'il a publiée in extenso dans les nos 27, 28, 29, 30, 31 et 35 de la « *Gazette médicale* » de cette année, l'auteur, tout en faisant ressortir les côtés avantageux de cette œuvre toute française, y a signalé quelques desiderata. Il faut avouer que jusqu'à présent nous n'avions que des renseignements vagues sur notre médecine de colonisation. Il y avait là une lacune que nous avions maintes fois signalée à plusieurs de nos confrères algériens et que vient de combler le Dr Milliot. Parmi les desiderata qu'il signale, il y a l'obligation pour le médecin de colonisation d'avoir trente ans de service actif pour avoir droit à la retraite. Déjà le Dr de Labrousse, médecin de colonisation délégué au Comité départemental d'assistance médicale de Constantine, avait présenté à la Chambre des Députés, tant en son nom qu'au nom de ses collègues, une pétition par laquelle il demandait que les fonctions de médecin de colonisation soient comprises dans la catégorie du service actif prévue par la loi du 9 juin 1853 sur les pensions civiles. Cette demande fut renvoyée à M. le Ministre de l'Intérieur, lequel, dans son rapport adressé le 1er juin de cette année à la Chambre des Députés, semble approuver la requête des médecins de colonisation. En insistant, dans sa communication, sur la situation difficile faite de ce chef aux médecins de colonisation, le Dr Milliot a corroboré les observations faites par le Dr de Labrousse à l'appui de sa requête ; ainsi, il y fait ressortir que les fonctions de médecin de colonisation ne sont ni moins pénibles, ni moins dangereuses que celles de leurs confrères hollandais, auxquels néanmoins le Gouvernement accorde 8.000 francs d'entrée au service et la retraite après vingt ans de service actif aux Indes néerlandaises. Le Ministre de l'Intérieur lui-même semble, dans son rapport précité, plaider en faveur de nos confrères algériens lorsqu'il y dit que « *les médecins de colonisation de l'Algérie font preuve d'une abnégation au-dessus de tout éloge* » et ajoute : « *que plusieurs sont morts récemment victimes de leur devoir professionnel.* » On le voit, la Chambre des Députés, et le Gouvernement sont favorables, en principe à la demande des médecins de colonisation de l'Algérie, mais il ne faut pas que ceux-ci s'endorment sur ce demi-succès ; aussi nous les engageons vivement à faire agir toutes les influences dont ils disposent au Parlement.

Académie des sciences. — M. Angelo-Levy vient d'aviser l'Académie des sciences que son frère, M. Levy, lègue à cette compagnie une somme de 50.000 francs dont les rentes seront versées chaque année à l'Institut Pasteur, pour l'étude de la diphtérie ; le capital sera acquis à celui qui découvrira un traitement efficace de cette terrible maladie.

— *Hygiène des lycées.* — Une circulaire a été envoyée par le ministre de l'instruction publique aux recteurs leur enjoignant de faire prendre toutes les mesures possibles pour que les élèves des lycées, collèges, etc., n'usent que d'eau filtrée, et, dans certains cas, que d'eau bouillie (épidémies de choléra, fièvre typhoïde, etc.)

— Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux préfets une circulaire relative aux constructions des maisons d'école ; prenant en considération que les origines des épidémies ayant atteint la population scolaire ont été attribuées à

diverses reprises, par les médecins, aux conditions défectueuses dans lesquelles se trouvaient placées les écoles, au point de vue de l'hygiène, il termine ainsi :

« En présence des faits signalés, j'estime que la faculté laissée aux administrations préfectorales de consulter, en pareil cas, les conseils d'hygiène, doit être convertie en une obligation étroite, de telle sorte qu'à l'avenir aucune maison d'école ne puisse être construite sans que le conseil d'hygiène ait été appelé à émettre son avis sur les plans et devis, et le choix de l'emplacement. »

— *Répartition des fonds du Pari-mutuel.* — La commission des fonds du pari-mutuel a réparti une somme de 1.125.000 francs de la façon suivante : à Paris, 700.000 francs pour la création d'un hôpital de teigneux, 5.000 francs pour créer un dispensaire municipal dans le XIe arrondissement, 10.000 francs à l'Association des Dames françaises pour un hôpital d'instruction, 10.000 francs, pour la reconstruction de l'asile de vieillards protestants de la Muette ; dans le Cantal, 300.000 francs pour la construction d'un hospice civil et militaire ; dans l'Eure-et-Loir, 70.000 francs pour subvenir à la construction de deux bâtiments annexes au dépôt de mendicité de Courville ; dans l'Eure, 21.000 francs pour construction d'une salle de bains ; dans la Somme 9.000 francs pour acquisition d'une étuve mobile à désinfecter.

— *Morts causées par le chloroforme.* — Le directeur de l'Assistance publique a donné aux directeurs des hôpitaux l'ordre de dresser une statistique de tous les accidents causés par les inhalations de chloroforme. Ils devront donner la date de l'accident, le service dans lequel il s'est produit, le nom du médecin, l'âge, le nom et la profession du malade, et la nature de la maladie ou de l'opération pour laquelle la chloroformisation a été employée. Ils feront remonter cette statistique au 1er avril 1890.

— *Traitement médico-chirurgical du choléra.* — Il est un traitement du choléra qui mérite d'être cité à titre de curiosité, c'est celui qu'a inauguré à Anvers le Dr Lambotte. Deux malades ont été traités de la façon suivante :

Après avoir ouvert le ventre sur une longueur d'environ trois centimètres, au niveau de la ligne blanche, et au-dessous de l'ombilic, on fait au péritoine une incision d'un centimètre ; puis on saisit l'intestin qui se présente, on le fixe à la paroi, et on y pratique une boutonnière. Par cette ouverture on introduit une sonde en caoutchouc d'un mètre de long, on lave tout l'intestin avec une solution de sublimé à 1/3000e ; après quoi, l'on fait pénétrer une infusion de café, de la menthe et de l'eau. La réaction se ferait, paraît-il, très vite sentir et la température remonterait de plusieurs degrés. Malgré cela, le résultat a été nul dans ces deux cas.

Ingestion de déjections cholériques.

Paris, le 30 septembre.

Monsieur,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que j'ai ingéré, avant-hier, à 9 heures du matin, à l'hôpital temporaire du bastion 36, en présence de M. le Dr Galliard et de plusieurs internes, 5 centimètres cubes de déjections d'un cholérique. La potion contenant ces déjections a été préparée à l'hôpital Bichat. Les microbes en virgule de Koch y fourmillaient.

Le 26 août et le 1er septembre, je m'étais fait injecter le vaccin anticholérique de Haffkine, à l'institut Pasteur. J'ai voulu expérimenter l'efficacité de ce vaccin. Aujourd'hui 30 septembre, 7 heures du soir, je n'ai encore éprouvé aucun malaise.

Agréez, Monsieur, mes salutations empressées.

A.-E. Badaire, publiciste.

Les renseignements que nous avons pris confirment l'exactitude de ce fait très intéressant.

(*Progrès médical.*)

— *Maladies des oreilles, du nez et du larynx.* — Le docteur Baratoux commencera ses conférences à la clinique française, 30, rue d'Assas, le samedi 5 novembre, à quatre heures et demie et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le Dr Lavaux, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours sur les « affections des voies urinaires » à l'Ecole pratique, amphithéâtre Cruveilhier, le mardi 8 novembre, à huit heures du soir, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Letulle (D^{r}). — **Guide pratique des sciences médicales** 1892, publié sous la direction scientifique du Dr Letulle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des Hôpitaux. Encyclopédie de poche pour le praticien. Ouvrage in-18 de 1,500 pages, cartonné à l'anglaise. Prix : **12 fr.**

L'idée mère du **Guide pratique des sciences médicales** est absolument nouvelle en France. Réunir dans le plus petit volume possible l'ensemble des connaissances nécessaires à un médecin, donner les dimensions d'un livre ordinaire à l'encyclopédie des sciences médicales, tel a été le but atteint.

L'ouvrage cartonné comprend 1.500 pages. Toutes les branches de la pratique et particulièrement les spécialités diverses y sont réunies. Le lecteur rencontrera dans le Guide des renseignements cliniques et thérapeutiques non seulement sur les maladies infectieuses, aiguës et chroniques, les intoxications, la chirurgie générale, mais encore et principalement sur les maladies syphilitiques, les maladies nerveuses, la dermatologie, la gynécologie, l'obstétrique, les maladies des enfants et des nouveau-nés, l'odontologie, *le tableau, avec six figures anatomiques*, des réactions électriques dans les principales affections nerveuses ou musculaires. etc.

Un formulaire particulier accompagne les chapitres relatifs aux maladies de la peau, des enfants et à l'odontologie. Un Formulaire général termine le volume.

Nous insistons surtout sur ce point que, dégagé de toute idée spéculative, le **Guide pratique des Sciences médicales**, qui n'a *rien de commun avec les annuaires*, est avant tout un *memento scientifique vraiment et purement pratique*. Il remplace presque tous les aide-mémoire ou vade-mecum qui ont le *défaut capital* de disperser en un grand nombre de volumes les questions actuelles.

Avis important. — L'année 1892 ne différant pas essentiellement de la première édition publiée en 1891, nous ne la recommandons qu'à MM. les médecins qui ne possèdent pas cette dernière.

Les acheteurs de 1891, de même que ceux de l'année 1892, doivent se procurer le *Supplément* dont le prix est de **5** francs pour avoir le *Guide pratique des sciences médicales* au complet.

Pour MM les membres du *Concours médical*, franco net : **9** fr. **60**, et le *Supplément* : **4** fr. contre un mandat.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année **N° 46** 12 Novembre 1892

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

RAPPORTS STATUTAIRES ANNUELS AUX MEMBRES DU « CONCOURS MÉDICAL »

Rapport du Conseil de Direction.

Chers sociétaires :

Quand le Conseil de Direction se rappelle l'époque, déjà bien lointaine, où, pour la première fois, il vous entretenait des intérêts et des projets de notre Société ; qu'il mesure le chemin parcouru, ce n'est pas sans éprouver un sentiment de satisfaction, qu'il vous fait, cette année, son compte-rendu.

Le *Concours médical* a manifesté en 1892, avec quelque éclat, l'influence qu'il exerce, et quoique cette influence lui ait été, parfois, contestée, les faits sont là qui la confirment.

Un confrère, dont le Concours a été heureux de mettre les mérites en lumière et dont il signalera volontiers, comme par le passé, l'initiative, a pu nier l'influence du Conseil de direction et celle du Bureau de l'Union. Un haut fonctionnaire a pu paraître, un moment, considérer les milliers de médecins du Concours médical et des Syndicats, comme une quantité négligeable. L'année qui vient de s'écouler leur a prouvé, comme l'avenir le leur prouvera, qu'ils sont dans l'erreur !

Néanmoins, le Conseil ne saurait trop insister, auprès des Membres du Concours médical, pour qu'ils fassent tous leurs efforts en faveur des revendications de notre Société. Lorsqu'il réclame votre appui, Messieurs, pour une démarche collective, pour une œuvre dont il vous a exposé les éléments, se dérober, se retrancher derrière le labeur absorbant de la profession, se dire que quelques-uns suffiront à la tâche à laquelle tous sont conviés et qui ne peut s'accomplir que si tous donnent leur coup d'épaule, c'est mal envisager les obligations d'un sociétaire.

Accroître la sphère d'action, l'influence de notre Association est un devoir étroit, auquel on ne doit pas se soustraire.

Nous aurons encore, cette année, des propositions à vous soumettre, des mesures à prendre. Elles ne pourront aboutir qu'avec votre appui.

Le Conseil de Direction a des preuves surabondantes de l'influence du Concours médical et il croit à toutes les Associations et organisations qu'il a fondées. Nous pourrions les passer en revue et nous verrions que toutes ont répondu, dans une bonne mesure, aux espérances qu'elles nous avaient fait concevoir.

Reconnaissons, aussi, que si elles n'ont pas pris tout le développement qu'elles comportent, cela tient à un certain esprit d'individualisme, à un sentiment de personnalité, louable, mais parfois exagéré, qui fait que le médecin hésite à renoncer à son isolement, pour entrer dans les Sociétés, qui, si elles donnent des *droits*, imposent aussi des *devoirs* !

Parmi nos organisations, celle du *Concours médical* est la Société qui impose le moins de charges et donne le plus d'avantages à ceux qui veulent bien les recueillir.

Elle possède un *capital* inaliénable dont les revenus, joints aux dons qu'elle recueille, lui permettent de faire largement les frais des organisations qu'elle préconise et en partie les frais du banquet annuel.— Elle a, à la disposition de tous ses membres, un *journal* de vulgarisation professionnelle et scientifique qui ne lui impose aucune responsabilité et aucune charge ; qui au contraire, offre à tous les sociétaires, une tribune absolument libre et des services de tout genre, sans frais, produisant, au contraire, des revenus, tout en rendant service à ses lecteurs.

Ce journal est l'organe naturel de toutes les Associations que le Concours médical a créées et les succès obtenus sont la preuve de cette influence qu'on ne saurait lui dénier sans parti pris.

Il est facile au Conseil de direction d'en fournir la preuve, en revenant, un instant, sur les événements médicaux qui se sont produits en

1891-92, depuis notre Assemblée générale du 22 novembre 1891.

En conformité de nos statuts, le Conseil s'est réuni nombre de fois. Il a consacré ses séances à la solution des questions intéressantes qui surgissent chaque jour, tant d'intérêt général, que d'intérêt privé. Ces dernières ont été, la plupart du temps, résolues d'une façon favorable aux désirs de ses correspondants. Toutes les fois que le Conseil de Direction le pouvait, le directeur, après entente, faisait les démarches nécessaires pour favoriser les désirs des membres de la Société et, croyez-le bien, ce n'est pas une petite tâche que d'être ainsi depuis 14 années, à la disposition d'un grand nombre de médecins !

Jamais, dans ces circonstances, la Direction n'a manqué de faire appel à l'appui des membres de notre Société, en faveur de ceux qui réclamaient cet appui et souvent elle y a réussi. Ces petites affaires ne peuvent se raconter par le menu, mais elles n'en constituent pas moins les actes les plus habituels de notre vie de sociétaires.

De nombreux témoignages de gratitude ont souvent récompensé le Conseil de Direction et ne se sont pas, à son gré, assez souvent traduits par les *dons* qu'il accepte bien volontiers, puisqu'ils sont affectés à la *Société du Concours.*

Vous aviez, en 1890, en Assemblée générale, confié au Conseil de Direction, la mission d'organiser l'*indemnité de maladie entre médecins*, en ajoutant, qu'à votre avis, cette œuvre devait se constituer de concert avec l'*Association générale et sous ses auspices.* On avait, par conséquent, attendu, toute l'année 1891, qu'elle pût aboutir. En 1891, la décision était maintenue par vous ; on concevait l'espoir d'une solution. Mais cette nouvelle période de gestation d'une œuvre si souhaitable est loin de promettre une heureuse délivrance.

Malgré la bonne volonté du *Président général* et de ses conseils, il semblerait que l'issue est plus éloignée que jamais ! L'*indemnité de droit* a été transformée en *indemnité d'assistance.* Il paraît à peu près certain que la proposition du *Président Lannelongue*, sera mort-née et que la caisse d'indemnité-assistance qui aurait pu, dès 1893, avec un sacrifice supplémentaire de 8 fr. par an, imposé aux membres de l'Association, leur payer *vingt-cinq mille journées de maladie à cinq francs* sera repoussée.

Nous aurons, en Assemblée générale, à revenir sur ce sujet et nous devrons rechercher ensemble, le parti à prendre.

La *Revision de la législation médicale* a prouvé que l'influence de notre Concours médical n'est pas une illusion. Nous vous disions, dans notre rapport de 1891, au sujet de la loi Chevandier : « *Il faut, maintenant, que le Sénat consacre l'œuvre de la Chambre des députés et ici encore nous devrons nous armer de patience ; que de délais à prévoir !* »

En effet, les délais ont été nombreux. Mais enfin, le Sénat a examiné la loi, l'a amendée en des détails, sans trop grande importance ; mais il a d'abord repoussé l'article qui consacrait *le droit pour les médecins de se syndiquer*.

Notre émotion fut vive ; le Conseil de Direction ne perdit pas une minute et, de concert avec le *Bureau de l'Union*, il prit des mesures immédiates, fit les démarches les plus pressantes. Nombre de confrères lui prêtèrent leur assistance ; les pourparlers engagés par l'intermédiaire de M. le professeur *Cornil* et par M. le Dr *Chevandier*, avec le gouvernement, finirent par nous donner gain de cause. Le succès était complet ; il ne manque plus à la loi *Chevandier* que la formalité d'une délibération sur des articles acceptés par la Chambre et par la commission du Sénat. Donc notre nouvelle législation médicale va voir enfin le jour !

Vous pouvez être assurés que si le Concours médical et le Bureau de l'Union n'avaient pas été sur la brèche, les *Syndicats médicaux* avaient vécu, au grand détriment du Corps médical. Vous voyez de quel poids peut peser, à un moment donné, une Société toujours prête par son *Journal* et par l'activité de ses membres, par ses démarches et par les ressources pécuniaires dont elle dispose, à combattre avec énergie et persévérance.

Nous avons, à notre ordre du jour de cette année, une question qui n'est pas près de recevoir une solution : celle de l'*Assistance médicale gratuite en France*, quoique le projet de loi qui la concerne ait été déjà voté par la Chambre en première lecture. Nous aurons, en conséquence, à vous en entretenir de nouveau et à notre avis, il est un point sur lequel nous ne saurions trop insister. La mise en pratique de la loi ne peut se passer du concours du médecin. Il fait vivre les bureaux d'assistance, de même qu'il est la cheville ouvrière des Sociétés de secours mutuels.

Dans les bureaux d'assistance, comme dans les Sociétés, la lacune principale réside dans la *confection des listes* des indigents, et dans le mode d'admission des mutuellistes.

Si tous les médecins du service n'ont pas voix délibérative dans l'établissement des listes des indigents et dans celle des sociétaires, ils sont exposés à donner leurs soins, à des prix inacceptables, à des gens qui ne sont pas des *indigents*, à des gens qui devraient être membres honoraires et non participants des Sociétés de secours mutuels.

Il faudra nous concerter au sujet des *tarifs d'honoraires* à réclamer, tant aux bureaux de bienfaisance, qu'aux Sociétés de secours. Ce n'est que si on nous admet à participer à la confection des listes, que nous pouvons diminuer nos justes prétentions.

Le *Conseil de Direction* est heureux de pouvoir vous signaler un mouvement marqué de constitution de *nouveaux Syndicats*. Le *Concours médical* tient à la disposition de tous les organisateurs, sa publicité considérable, des imprimés envoyés gracieusement à tous ceux qui les réclament, ses conseils désintéressés, son expérience sur la matière.

Les combinaisons adoptées rendent très peu onéreuse pour l'*Union des Syndicats*, la publication de son *Bulletin* et le Bureau de l'Union a accepté à peu près tout le plan de *revision des Statuts de l'Union*, que le Conseil de Direction a soumis à son examen. Nous croyons que, dès la publication de la *loi Chevandier*, une énergique

impulsion sera imprimée à l'expansion des Syndicats.

Les diverses œuvres, à la création desquelles notre Société a présidé sont en excellente voie.

Vous connaissez la situation de la *Caisse des pensions de retraite*, dont le capital s'accroît tous les jours et qui fait de nouveaux adeptes. La distribution des premières pensions va commencer, en 1894 et elle imprimera une nouvelle impulsion à l'œuvre.

Vous verrez, par le rapport du *Conseil d'administration*, que les fonds de la Caisse de prévoyance des assurés sur la vie s'accroîssent régulièrement et vont bientôt dépasser la somme de *dix mille francs*, sans avoir rien coûté à personne.

Le capital de la *Société de protection des victimes du devoir médical* s'accroît lui aussi. Les statuts rigoureux qui la régissent, empêchent d'employer ses fonds au soulagement d'infortunes médicales qui relèvent des Associations de charité confraternelle, telles que l'Association générale. Mais, par contre, ses ressources seront plus grandes pour venir en aide aux situations spéciales qu'a en vue la Société de protection. Le Conseil de Direction insiste, auprès des membres du Concours pour les prier de lui signaler les médecins, ou leurs ayants-droit, dont l'infortune rentrerait dans le cadre de l'œuvre.

Une autre Société que le *Concours médical* a également contribué à fonder, le *Syndicat de la presse médicale* est en plein fonctionnement. Les réunions sont assidûment suivies et en bien des circonstances son heureuse influence s'est fait sentir.

Le Conseil de Direction doit vous rendre compte de l'exécution des *déterminations prises par l'Assemblée générale de* 1891, nous vous avons parlé de l'*indemnité de maladie*. Une pétition a été adressée de votre part et de celle de l'*Union des Syndicats*, au Ministre de la justice, pour obtenir, enfin, la *Revision des tarifs médico-légaux*. Si elle a eu quelque effet, nous ne pourrions le dire. Rien d'officiel n'a encore transpiré. Nous vivons toujours sous le régime d'un tarif qu'un ministre de la justice considérait comme une *criante iniquité* !

La *pétition* que nous avons adressée au *Conseil municipal* pour favoriser la création de *Cours de médecine et de chirurgie et de dispensaires*, dans les services dépendant de la ville, en vue de faciliter l'instruction pratique des étudiants, s'est heurtée aux difficultés que présente une organisation qui empiète sur le domaine de la faculté de médecine. On est encore en période d'étude.

Quant à la *Revision*, la refonte des règlements surannés qui régissent les *Commissions administratives des hospices et des bureaux de bienfaisance*. vous entendrez, à votre assemblée, le travail du rapporteur de cette intéressante question, M. le Dr *Chopinet* (de Crépy-en-Valois), qui a bien voulu en faire l'étude. De son côté, le Conseil de Direction s'en est préoccupé. Nous publierons prochainement une étude de M. Napias, sur la situation déplorable de beaucoup d'hôpitaux et hospices de province, qui fera ressortir la nécessité de la réglementation de ces établissements et de la revision de la composition des Commissions administratives qui les administrent.

Le Conseil de Direction a la satisfaction de constater que les ressources de la Société civile, ses revenus, son capital s'accroissent dans une proportion notable. Si les dons sont peu considérables, les produits du *service des remplacements* viennent accroître les revenus et cette année, le nombre des adhésions, grâce au prosélytisme de quelques confrères, trop peu nombreux, nous devons le dire, s'est accru dans une proportion suffisante pour apporter à notre capital inaliénable une somme relativement considérable,

Ces constatations sont un puissant encouragement à la poursuite du but que s'est toujours proposé le *Concours médical* : l'amélioration des conditions de l'exercice de la médecine en France et la recherche de tout ce qui peut accroître la situation du médecin. Chaque année, grâce à votre appui, nous faisons un pas en avant.

Le jour de notre Assemblée générale, le dimanche 27 novembre, au Grand-Hôtel, nous vous convierons à discuter les sujets à votre ordre du jour, nous sollicitons vos propositions et grâce à la bonne volonté commune, nous espérons fermement que l'année 1893 ne se passera pas sans perfectionner nos organisations et sans entreprises nouvelles, couronnées de succès comme les précédentes.

Rapport du Trésorier.

Mes chers Confrères,

Contrairement à mon habitude, mon rapport ne se composera pas, cette année, exclusivement de chiffres et je dois vous donner quelques détails sur la gestion de vos finances.

Notre portefeuille, auquel, vous le savez, nous ne touchons jamais, continue à s'accroître lentement mais sûrement, par suite du versement de 10 fr. que le Dr Cézilly a bien voulu consentir pour chaque nouveau sociétaire abonné au journal le *Concours médical*. De ce chef, cette année ci, il s'augmente de plus de huit cents francs et tout fait présager qu'en présence de la prospérité de votre œuvre, cette progression ne s'arrêtera pas.

Vous avez appris, par la lecture du journal, que votre Conseil de Direction avait pris la détermination de changer le lieu de dépôt de votre petite fortune.

Avant cette année, votre argent se trouvait déposé à la Banque de France au nom du Dr Cézilly qui, d'autre part, m'avait remis en garantie une reconnaissance régulière. Ce mode défectueux de placement provenait de ce que la Banque de France ne consent pas à recevoir les versements des collectivités. Les inconvénients de ce mode de placement vous sautent aux yeux. D'abord la Société n'avait qu'une garantie morale : l'honnêteté de notre président ; d'autre part, en cas de décès du déposant, les héritiers pouvaient être exposés à payer des droits de succession sur des sommes ne leur appartenant pas.

Pour obvier à cet inconvénient, et à partir de cette année, vos titres sont déposés à la *Société Générale* au nom de la *Société civile du Concours médical* et n'en peuvent être retirés que

sur la signature de trois des membres du Conseil de Direction. Tout est donc maintenant, je crois, pour le mieux et votre sécurité peut être absolue.

A l'article « recettes » de cette année, et sous la rubrique : droits sur les remplacements, vous verrez figurer une somme de 321 fr. 15. Ceci mérite explication.

Vous n'ignorez pas que le Concours médical, servant d'intermédiaire entre ses sociétaires, leur procure des remplaçants quand il est nécessaire, et dans la mesure de son pouvoir. Jusqu'à cette année, certains confrères remplacés envoyaient, à titre de reconnaissance, pour les bons offices du journal, une offrande variable, qui figurait, dans nos comptes, sous le titre de dons. Certains autres, par négligence ou pour toute autre cause, oubliaient souvent même de remercier.

Ce service de remplacements, prenant chaque année de plus en plus d'importance, votre Conseil de Direction a pensé : 1° Qu'il était nécessaire d'obtenir des renseignements sur la façon dont le remplacement avait été fait afin de pouvoir éliminer, s'il y avait lieu, les remplaçants n'offrant pas des garanties suffisantes.

2° Qu'il était juste de faire profiter la Société de ce service en réclamant, au remplaçant, ainsi qu'au remplacé, un droit fixe de 5 % sur les sommes versées. Nous pensons que dans l'avenir ce service deviendra une source assez sérieuse de profits pour la Société et si cette année vous ne le voyez figurer que pour 321 fr. 15, cela tient à ce que vos comptes étant arrêtés au 1er octobre, je n'ai pu y faire figurer 272 fr. 25 versés depuis cette époque, ainsi qu'environ 180 fr. non encore recouvrés. Mais en réalité, ce service de la première année d'organisation a produit près de 800 fr.

Permettez-moi, maintenant, de vous donner lecture de la situation financière de notre Société.

CAPITAL NON DISPONIBLE. — RECETTES.

Au 1er octobre 1891, l'avoir non disponible de notre Société se décomposait ainsi :

Portefeuille	32.917 00
Espèces	481 99

Au cours de l'année, une obl. foncière 1879, n° 905,277, sortie au tirage a été remboursée | 499 60

Ce qui a modifié, de la façon suivante, l'avoir non disponible :

Portefeuille	32,417 40
Espèces	981 59
Total égal	33.398 99

Depuis cette époque, 90 adhésions nouvelles à la Société ont produit une somme de | 880 90

versée à notre caisse par M. le Dr Cézilly et représentant la première année d'abonnement au journal *Le Concours médical.*

Ce qui porte les espèces disponibles à | 1.862 49

Dépenses.

Sur cette somme, il a été acheté :

1 obl. foncière 79, 3 %, n° 481.887	474 50
1 obl. communale 1879, n° 817.305	486 00
1 obl. Ville de Paris 1886, n° 367.458	403 00
Total	1.363 50
Frais divers pour mouvements de fonds	7 55
Total	1.371 05

Notre capital inaliénable au 1er oct. 1892 est donc :

Portefeuille	33.780 90
Espèces	491 44
Total	34.272 34

CAPITAL DISPONIBLE

Actif.

Au 1er octobre 1891, l'avoir disponible était de	433 98
Depuis cette époque, notre portefeuille, déduction faite des droits de garde et de timbre, a produit	942 95
Il a été reçu, dans le cours de l'année, en dons divers publiés au journal	443 00
Il a été perçu comme droits sur les remplacements (chapitre nouveau)	321 15
Total	2.141 08

Passif.

Frais supplémentaires du banquet	395 20
Emploi d'un don, avec affectation spéciale (soirée artistique)	200 00
Frais de réunions : jetons de présence et déplacements	541 70
Dépenses diverses	154 66
Total	1.291 56
Balance en faveur de l'actif	849 52

Ce qui porte l'avoir total de notre Société au 1er octobre 1892, à :

Capital inaliénable	34.272 34
Capital disponible	849 52
Total	35,121 86

Projet de budget pour 1892-93 :

Actif.

Avoir disponible	849 52
Revenu du portefeuille (environ)	1.000 00
Droits sur les remplacements	500 00
Dons probables	151 48
Total	2.500 00

Passif.

Frais supplémentaires du Banquet	500 00
Jetons et déplacements	500 00
Affectation à proposer en séance	1.500 00
Total égal	2.500 00

Caisse de prévoyance des assurés sur la vie

Au 1er octobre 1891 :

Portefeuille	9.326 60
Espèces	215 56
Créances sur un membre participant	300 00
Total	9.842 16

Depuis cette époque, il a été touché :

Coupons échus........ 279 57
Il a été acheté une obl. V. de Paris, nº 228.406........ 410 00
Dépenses de correspondance...... 1 00
Dépenses pour mouvement du portefeuille........ 5 00

Son avoir se décompose donc ainsi au 1er octobre 1892 :

Portefeuille........ 9.736 60
Espèces........ 79 13
Créance sur un membre participant. 300 00
Total........ 10.115 73

Portefeuille de la Société civile du Concours médical.

NOMBRE	OBLIGATIONS et VALEURS diverses	SOMMES	NATURE	NUMÉROS
10	Obl. foncières 1879..	500	3 %	292709, 292710, 481887, 575606, 905276, 1105488, 1105489, 1266068 1270195, 1578263
17	Obl. foncières 1883..	500	3 %	650001 à 650015 682122 à 682123
1	Obl. foncières 1885..	500	3 %	567822
32	Obl. Ville Paris 1871.			605043 à 605058 934506 1211943 à 1211947 1211904 à 1211912 1211942
12	Ob. Communales 1879	500	3 %	14980, 97269 106794 à 106797 136002, 149174, 205674, 232420, 647528, 817305
	6 fr. rente perpétuel.		3 %	430954
	15 fr. rente amortiss.			955892
	60 fr. »			332091
2	Ob. communales 1880			592204, 89947
1	Ob. Ville Paris 1886 (libérée).........	400		367458
1	Ob. communales 1860			247607

Caisse de prévoyance des assurés sur la vie.

NOMBRE	OBLIGATIONS ET VALEURS diverses	SOMMES	NATURE	NUMÉROS
2	Ob. Ville de Paris 1871			726672, 228406
1	» 1869..			738514
7	Ob. communales 1879	500	3 %	15574 à 15576 84426, 452269, 662431, 991732,
3	Ob. foncières 1879 ..	500	3 %	776812 à 776814
6	Ob. foncières 1883...	500	3 %	2840, 25204, 68499 à 68500 638038 à 638039
1	Ob. foncières 1879...	400	3 %	473149
2	Ob. communales 1892			247605, 247606
	1/5 ob. commun. 1892	100		6170

Le Trésorier : Dr MAURAT.

Rapport du Comité de Rédaction.

Durant l'exercice 1891-1892, le journal le *Concours Médical* n'a pas dévié de la ligne qu'il s'est tracée depuis 1879. Il a continué la tâche de tenir ses lecteurs au courant du mouvement scientifique, des progrès thérapeutiques, des questions si nombreuses que le médecin ne peut ignorer, sous peine de manquer à la haute mission qui lui incombe dans la société moderne ; celle d'éducateur social des populations, au point de vue de l'*hygiène*, de protecteur de leur santé. Ce rôle s'accroîtra chaque jour. Le Conseil de direction et le Comité de rédaction ne laisseront échapper aucune occasion de rechercher les indications qui peuvent guider le praticien dans son intervention, en tout ce qui touche l'hygiène publique et privée.

Le Comité de rédaction n'a négligé aucune des nombreuses *questions professionnelles* qui surgissent chaque année, sans en soumettre, aux lecteurs du Journal, les éléments essentiels. On ne lui reprochera sûrement pas de revenir souvent sur les sujets qui, quoique étudiés depuis des années, n'ont pu encore avoir leur solution. Ce n'est que par cette étude, ces exposés réitérées, qu'il a la certitude d'avancer les résultats désirés.

En ce qui concerne la rédaction *médico-chirurgicale*, le Journal s'est toujours, autant que possible, tenu sur le terrain pratique ; s'il a effleuré les discussions théoriques, ce n'est qu dans une stricte mesure, laissant aux organe spéciaux, le soin de les approfondir. Il a traité de préférence, les sujets, dont l'étude lui étai demandée par les lecteurs du Journal et il solli cite ces indications, assuré de contenter ainsi un grand nombre de praticiens. C'est ainsi que nous avons résumé la question du traitement de l'artério-sclérose, l'hydrothérapie allemande de Kneipp, les théories et la pratique de M. le professeur Bouchard sur la dilatation de l'estomac, le traitement des tumeurs du sein, les règles de l'emploi de la cocaïne en chirurgie, le curettage de l'utérus, le traitement des métrites, la conduite à tenir dans les cas de placenta prævia ; nous avons aussi montré avec quel soin on devait traiter les angines blanches diphtériques et pseudo-diphtériques, les hypertrophies des amygdales, les stomatites. Nous avons tenu à résumer, sur le choléra de 1892, les principales indications fournies par les renseignements officiels et la manière de voir, qui nous paraissait la plus impartiale sur les véritables causes de cette épidémie. Enfin, nous n'avons cessé de répéter, dans chacun de nos articles, quelle importance il fallait attribuer aux pratiques antiseptiques modernes, grâce auxquelles on obtient chaque jour de si merveilleux succès.

Depuis la retraite de M. le Dr *Le Gendre*, empêché, par ses nouvelles fonctions, de continuer ses études intéressantes, nous nous sommes adjoint de nouveaux collaborateurs et entre autres MM. les Drs *Huguenin* et *Hervouet* et un médecin anglais distingué, lo Dr *Macevoy*. Nos lecteurs peuvent compter que rien ne sera omis pour leur donner pleine satisfaction et nous sommes heureux de recueillir, bien souvent, le témoignage que la lecture du *Concours médical*

est la lecture préférée de beaucoup de médecins.

Nous devons des remerciements à nos collaborateurs intermittents : MM. *Lepage, Reignier, Desnos, Delefosse, Chaumier, Morice, Bompard, Méneau, Aguilhon, Grellety, Salomon, Dubrac, Gibert, Parisot, Prompt*, etc., dont les communications intéressantes varient la rédaction.

La *Petite correspondance* du Concours, sous sa forme spéciale, peut aborder les sujets les plus divers ; sa collection forme déjà un gros volume depuis quatorze ans et elle pourra fournir plus tard la matière d'une longue et intéressante histoire des membres de notre Société, en mettant en lumière les époques, les dates, l'historique de toutes les œuvres du Concours, leurs progrès, la part prise par nos lecteurs à leur organisation définitive. Elle constate aussi la continuité des services rendus et les liens multiples qu'elle établit entre les lecteurs du Journal, le Conseil de direction et le Comité de rédaction.

Ce n'est que grâce au Journal et à la correspondance avec tous les membres, que dureront et s'accroîtront les liens étroits qui relient les membres de notre Société.

Les services de remplacements, celui des clientèles se développent Le Journal se prête à toutes les communications d'intérêt général et d'intérêt particulier.

On sait quelle place importante tiennent, dans le Journal, les questions professionnelles : ce sont elles, on peut le dire, qui ont donné au *Concours médical* son caractère spécial. Chaque numéro renferme, sous la rubrique *Bulletin des Syndicats*, tout ce qui a été communiqué par les Associations médicales et, sous la rubrique *Chronique professionnelle*, les communications de nos lecteurs, les études sur les diverses questions, les organisations qui doivent intéresser le corps médical.

Le Bulletin des Syndicats est ouvert aux travaux de l'*Union*, aux procès-verbaux des Syndicats adhérents ou non à cette Union. Aussi l'année qui vient de s'écouler a-t-elle été bien remplie. Nous ne regrettons qu'une chose, c'est que certains Syndicats se montrent aussi avares de communications.

Il faut bien qu'on le sache, les décisions que tel Syndicat a pu prendre, n'offrent pas seulement de l'intérêt pour ses membres — les autres Syndicats peuvent y trouver matière à réflexions, à études, à délibérations. Nous ne saurions donc engager trop les *Secrétaires* à nous adresser les procès-verbaux, rapports, circulaires, etc.... qui émanent de leurs associations.

La rédaction atténue ce qui, dans certains cas, peut avoir un caractère trop personnel, mais respectueuse de l'initiative des Syndicats, elle se ferait scrupule de modifier quoi que ce soit à ces communications. Le *Concours médical* n'est-il pas le Bulletin officiel des Syndicats ?

La chronique professionnelle a donné une large place à la question *indemnité-maladie* qui reste malheureusement toujours d'actualité, puisque la solution, entrevue un moment, paraît plus éloignée que jamais.

Le *service militaire* des étudiants en médecine y a été traité d'une façon magistrale, et, vraiment, on s'étonne qu'en présence d'arguments aussi péremptoires que ceux qui sont fournis, la réforme souhaitée ne soit pas déjà chose faite.

L'*Assistance médicale dans les campagnes* a fait l'objet de plusieurs études qui, vraisemblablement, porteront leurs fruits au moment opportun.

Les questions d'*hygiène et de santé publiques*, en ce qu'elles touchent la médecine, ne nous ont pas préoccupés à un degré moindre ; mais il convient d'attendre les discussions devant le Parlement, pour reprendre leur étude d'une manière fructueuse.

Projets de loi, Jugements, Circulaires officielles, etc.,, sont publiés et analysés.

Faut-il ajouter les questions soulevées par l'exercice de la médecine sur les frontières, par l'exercice de la pharmacie, par le secret professionnel ? les cas où, à titres divers, est engagée la responsabilité du médecin ?....

Nous pouvons, avec quelque raison, dire que rien de ce qui concerne la profession médicale ne nous est étranger.

Et nos investigations ne portent pas seulement sur la correspondance particulière du *Concours*, sur la presse médicale française : nous cherchons, chez les nations voisines, ce qui nous paraît devoir être matière à réflexions salutaires.

Les Associations belges et anglaises nous ont paru souvent pouvoir être prises comme modèles et l'exemple des Chambres médicales d'Autriche-Hongrie a montré que la mise à exécution de Chambres de discipline n'était pas aussi impossible qu'on l'a bien voulu dire.

Quoi qu'il en soit, ces sujets si variés ont largement rempli nos colonnes et la collection de 1892 n'offrira pas moins d'intérêt que les précédentes.

Nous devons des remercîments à M. le Dr Floquet, médecin du Palais, auteur du *Droit médical*, du *Code des médecins* qui, en plusieurs occasions, nous a fourni des consultations approfondies sur des points de droit et de législation soulevés par nos correspondants ; ainsi qu'à M. le Président *Dubrac*, pour ses lettres si autorisées.

Nous le rappellerons, en terminant, c'est aux lecteurs du *Concours* qu'il appartient de maintenir au journal la valeur qu'ils lui reconnaissent : ce sont leurs communications, leurs études, leurs critiques que nous sollicitons avant tout, car ce sont elles, qui lui donnent ce caractère de vie, qui le distingue tout d'abord.

Le *Concours médical* n'est pas un journal où une personnalité quelconque impose ses idées à l'exclusion de toutes les autres, ce n'est pas une chapelle où l'on pontifie — c'est l'organe de tous et tous sont admis à y exposer leurs opinions.

Telles sont les idees dont s'est inspiré et s'inspirera toujours le comité de rédaction. Il appartient aux lecteurs du Journal d'en accroître la valeur scientifique et professionnelle, en lui fournissant des études consciencieuses sur tout ce qui intéresse le corps médical.

Nous avons amélioré les caractères du Journal, qui est depuis longtemps coupé et cousu. Le service de la poste est régulier et très rares sont les réclamations des abonnés, à la condition qu'ils nous avisent de leurs changements d'adresse, en renvoyant la bande.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement par l'électrolyse cuprique des métrites et tumeurs fibreuses.

Un de nos lecteurs distingués, le Dr *Delineau*, membre du Concours, a relaté, au Congrès de Bruxelles, douze observations intéressantes de malades atteintes d'endométrite hémorrhagique ou de tumeurs fibreuses utérines, qu'il a guéries au moyen d'un procédé spécial d'électrolyse, l'électrolyse cuprique.

M. Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, a déjà fait de nombreuses expériences sur l'électrolyse dans la cure des tumeurs fibreuses utérines, et la méthode n'est pas absolument nouvelle, mais M. Delineau l'a améliorée en employant de préférence les électrodes en cuivre (électrolyse cuprique). C'est un moyen thérapeutique de plus à ajouter à ceux que nous avons signalés dans le traitement des métrites (1). Les avantages de la méthode du Dr Delineau sont :

1° *Facilité d'application, sans anesthésie et même sans aides* ;

2° *La malade n'est pas obligée de s'aliter, de garder la chambre, ni même de cesser ses occupations* ;

3° *Intensité électrique faible, par conséquent sans danger et très supportable* ;

4° *La douleur est toujours et sûrement calmée dès le début du traitement* ;

5° *Il n'y a jamais de complications septicémiques à craindre.*

Un procédé aussi pratique mérite certainement d'être essayé dans les cas simples.

Nouveau moyen de vacciner les populations contre le choléra.

M. *Ferran* veut décidément faire parler de lui en provoquant un « tolle » général. Il vient de faire à la *Société de Biologie* une communication dans laquelle, après avoir revendiqué, avec raison, la priorité de la découverte des vaccinations anticholériques, il propose un nouveau moyen d'empêcher les épidémies cholériques. Voici cette proposition étrange. La véritable immunité contre le choléra étant assurée par une attaque légère, atténuée, sans danger, il serait parfaitement logique de *verser dans les dépôts d'eau et dans les fontaines qui approvisionnent les populations, la quantité nécessaire de culture atténuée, afin que, mélangée avec l'eau potable, elle exerce chez tous les membres à la fois de ces populations une espèce de vaccination, dont on ne se douterait même pas.* Qu'importe que les égouts s'emplissent ensuite de bacilles-virgule, si tout le monde a acquis l'immunité ?

La *Société de Biologie* a protesté tout entière contre une telle proposition et M. Laveran en a nettement indiqué les raisons : « Très souvent, les populations ignorantes ont attribué aux médecins l'empoisonnement des sources ; on l'a dit en Russie au cours de l'épidémie actuelle. Voyez donc quelle révolte, quelles accusations, méritées jusqu'à un certain point, susciterait un pareil procédé. Donc, sans rien préjuger de l'avenir, je crois que nous devons dire hautement que la *Société de Biologie* n'accepte pas la solidarité de la proposition de M. Ferran. »

(1) *Concours médical*, 1892, nos 43 et 44.

Le fait est qu'avec une telle manière d'agir, les parlements n'auraient plus à se préoccuper de faire des lois sur la vaccination obligatoire. Tout le monde serait soumis à cette mesure de prophylaxie, sans le savoir et il ne serait guère facile d'y échapper.

Influence sur l'enfant des médicaments administrés à la nourrice pendant l'allaitement.

Le docteur Schling a fait une série d'observations sur des enfants, aux mères desquels différents médicaments étaient administrés. Si l'on mettait l'enfant au sein plus d'une heure après avoir administré à la mère deux à trois grammes de salicylate de soude, on retrouvait le salicylate dans l'urine de l'enfant. A l'expiration de vingt-quatre heures, on n'en pouvait plus retrouver de traces. Si l'enfant était mis au sein trop tôt après l'administration du médicament, on n'en trouvait pas même trace. Des résultats semblables ont été constatés avec l'iodure de potassium. Chez l'enfant, l'élimination se prolonge pendant soixante-dix heures ; chez la mère pendant quarante-quatre heures. Quand on administrait du ferro-cyanure de potassium, la réaction était évidente dans l'urine maternelle, mais on ne pouvait en trouver aucune trace dans l'urine de l'enfant. Quand on employait pendant longtemps, en applications topiques, de l'iodoforme sur des plaies vaginales ou vulvaires chez des femmes en couches, l'iode était régulièrement retrouvé dans le lait et dans l'urine de la mère, mais pas constamment dans l'urine de l'enfant. La transmission à l'enfant par le lait, pendant l'allaitement, est faible et souvent irrégulière. L'influence de la nourriture de la mère, c'est-à-dire des aliments ingérés, est nulle. Les nourrices peuvent impunément prendre des acides (citron, vinaigre, etc.).

Des observations récentes tendent même à prouver que l'alcool, les liqueurs fortes, l'absinthe même, ne passent pas dans le lait et par suite ne peuvent nuire au nourrisson. Il est vrai, que l'abus de ces liqueurs peut lui nuire d'une autre façon, car une nourrice ivrogne ne peut pas soigner convenablement son enfant.

Quant aux narcotiques, l'ingestion de la teinture d'opium à la dose de vingt à trente-cinq gouttes a été suivie, dans quelques cas, d'un sommeil prolongé chez l'enfant, tandis que, dans d'autres cas, on n'a observé ni sommeil prolongé, ni constipation. Après l'administration du chlorhydrate de morphine, aux doses de 1/8, 1/6, 1/4, et 1/3 de grain, on n'a rien noté de particulier chez l'enfant. Le chloral, aux doses de un à trois grammes, produisait un sommeil d'une durée modérée chez la mère, sans aucune action chez un enfant fort et vigoureux. Quand on a administré le sulfate d'atropine aux doses usuelles, en injections hypodermiques, on a observé chez l'enfant de la dilatation de la pupille, qui disparaissait en vingt-quatre heures. Dans la grande majorité des cas, le lait d'une femme atteinte de fièvre n'a pas d'influence sur son enfant. Excepté dans quelques cas rares de maladie grave chez la mère, avec une température persistante de 104° F., l'enfant ne présente pas les mêmes symptômes que la mère. Dans un cas de mammite, on a observé le passage des microcoques du sein de la mère dans le tube digestif de l'enfant. (*Medical News.*)

HYGIÈNE

Comment on doit consommer le lait.

L'accord entre les médecins n'est pas fait sur cette importante question ; et tandis que les uns, la majorité à l'heure actuelle, déclarent qu'il faut toujours faire bouillir le lait, les autres affirment que le lait cru est de beaucoup supérieur, et qu'il ne faut employer le lait bouilli que par exception. Dans chaque camp on se base, pour affirmer la bonté de son opinion, sur l'expérience clinique et aussi sur les résultats d'expériences diverses. Comment conclure ? C'est ce que nous verrons après avoir exposé les faits et les arguments mis en avant.

Il n'y a pas très longtemps que le lait bouilli a obtenu la majorité des suffrages. En 1873, la commission de l'hygiène de l'enfance, composée de MM. Bergeron, Boudet, Broca, Chauffard, Delpech, Devergie, Fauvel, Husson et de Villiers, disait aux nourrices : « Le lait de vache ne doit pas avoir bouilli, mais être chauffé sur la cendre chaude, ou au bain-marie, et être donné tiède. »

En mars 1885, la commission d'hygiène de l'enfance modifie sensiblement cet article, et s'exprime ainsi : « Le lait doit être tiédi au bain-marie ou sur la cendre chaude et *ne doit être chauffé, jusqu'à ébullition, que lorsqu'on est obligé de le conserver pendant vingt-quatre heures.* » Cette modification est notable, et la commission, tout en maintenant que le lait frais et cru est le meilleur à donner aux enfants, exception faite du lait maternel, bien entendu, déclare que l'ébullition est nécessaire pour le conserver.

En octobre 1889, à la suite du Congrès de la tuberculose, M. Villemin donne à l'Académie lecture d'une instruction nouvelle, ainsi conçue : « Si l'allaitement au sein est impossible, et qu'on le remplace par l'alimentation au lait de vache, ce lait, donné au biberon, au petit pot ou à la cuillère, *doit toujours être bouilli.* »

Cette formule ne fut pas adoptée par l'Académie, qui s'en tint à la rédaction émise en 1885. Actuellement, elle aurait probablement beaucoup plus de chances d'être acceptée, quoique ce ne soit pas sûr, car on sait que l'Académie ne se décide qu'avec une prudente lenteur, et suit, bien plus qu'elle ne dirige l'opinion.

Quoiqu'il en soit, la grande majorité des médecins, frappée du danger d'administrer un lait contenant des germes pathogènes, déclare qu'il ne faut employer qu'un lait stérilisé. Pour d'autres, les dangers sont très minimes, et le lait cru a l'avantage d'être beaucoup plus digestible. La question, comme on le voit, est donc double, et doit être examinée à ces deux points de vue : 1° digestibilité du lait ; 2° affections qu'il peut engendrer.

Le lait cru doit forcément mieux se digérer que le lait qui a subi l'ébullition, ont dit ses partisans, car c'est un *lait vivant.* L'expression imagée de lait vivant a fait fortune, pendant un certain temps, et a suffi pour entraîner bien des convictions. Mais une réaction s'est produite. « Les premières fois, dit M. Tarnier, que les mots de lait vivant me sont tombés sous les yeux, j'ai été séduit ; aujourd'hui l'accouplement de ces deux mots me laisse plus froid. Physiologiquement, en effet, le lait n'est vivant qu'au moment où la cellule qui vient de le former se rompt; quand il est dans les conduits galactophores, il est déjà mort, si bien mort, que lorsqu'il a séjourné un certain temps dans la mamelle, il est déjà altéré, et sa richesse a diminué. Je ne serais même pas étonné si l'altération du lait, qui séjourne dans la mamelle, était plus rapide que s'il était conservé dans un vase placé dans des conditions favorables. » A cette argumentation, on peut répondre que, si l'expression de lait vivant est impropre, cela ne prouve pas que le lait cru ne soit pas très digestible. Quand le médecin dit à son malade de manger de la viande crue, parce qu'elle se digère mieux que la viande cuite, il ne prétend pas lui ordonner de la chair vivante ; il lui suffit qu'elle soit fraîche et de bonne qualité. Quant à l'altération du lait dans la mamelle plus rapidement que dans un vase, nous ne voyons pas bien l'analogie, car ses altérations ne peuvent pas être de même nature et avoir les mêmes conséquences dans l'alimentation.

Les reproches adressés au lait bouilli sont multiples. D'après un certain nombre de chimistes, notamment Payen, Bouchardat, Quevenne, la pellicule formée à la surface du lait bouilli existe au détriment de substances protéiques solubles ayant une valeur indispensable dans la composition du lait soumis à la digestion. On peut d'ailleurs éviter cette pellicule en le faisant bouillir dans un vase à large panse et à col étroit. M. le Dr Drouet, dans un ouvrage analysé dans un des derniers numéros du *Concours médical*, prétend même que c'est un avantage, parce qu'on peut enlever cette pellicule composée d'albumine, qui ne serait pas digérée par l'enfant. C'est peut-être voir les choses trop en beau, et vouloir à toute force que tout soit pour le mieux dans le meilleur des laits.

M. Duclaux, professeur à la Faculté des sciences, et l'un des collaborateurs de M. Pasteur, a publié en 1887 un livre sur le lait ; il admet trois matières albuminoïdes différentes, l'albumine, la caséine, la lacto-protéine, qui ne seraient qu'une seule et même chose, de la caséine à des degrés divers de solution. Il conclut : « Le lait bouilli n'est pas identique au lait qui n'a pas subi d'ébullition. C'est là un fait qu'a depuis longtemps révélé la *différence de goût et de digestibilité des deux laits*, mais qui se trouve, je crois, mis en évidence pour la première fois par une réaction *in vitro.* »

Reichmann, au contraire, à la suite d'expériences faites sur la digestion du lait, affirme que chez un jeune jeune homme de vingt ans, 300 centimètres cubes de lait cru sont digérés complètement en trois heures, et l'estomac vidé de son contenu en quatre heures, tandis que la même quantité de lait bouilli est digérée en deux heures et demie, et l'estomac vidé en trois heures. Ce serait donc tout à l'avantage du lait soumis à l'ébullition.

Le lait bouilli perd de la vapeur d'eau, perte peu importante. Il perd une partie de ses gaz, et ses principes sapides volatils, ce qui a plus de valeur, quoique M. Drouet affirme que ça n'a que peu d'importance ; il en serait de même de la destruction de certains ferments qui facilitent la digestion du lait cru, et de la modification de la caséine, car, dit-il, l'enfant présente une digestibilité particulière de la caséine.

Pour le Dr Laurent (1), la pellicule du lait bouilli contient du soufre, qui n'est pas sans influence sur la digestion du lait. De plus, la cuisson détruirait certaines substances qui font fonction de ferments et contribuent à la transformation des principes du lait dans certaines conditions données.

Quant à l'observation clinique, elle a donné de bons résultats des deux côtés. Et l'on serait assez embarrassé de se prononcer, si l'on ne savait que, le lait cru fermente facilement, surtout en été, et lorsqu'il a subi la fermentation lactique, il donne naissance à la diarrhée, chose qu'il faut chercher à éviter aux enfants par-dessus tout. Il semble, d'un autre côté, que, d'une façon générale, le lait bouilli ou plutôt stérilisé, se digère bien et donne bien moins vite naissance à des troubles digestifs. Mais nous croyons aussi qu'il serait un peu exagéré de prétendre que le lait bouilli se digère mieux que le lait cru, recueilli dans de bonnes conditions de propreté et d'asepsie. Et, si la question de la digestibilité était seule en jeu, nous dirions : lorsqu'on a du lait frais, et qu'on peut le boire frais, s'il a été recueilli proprement, il faut s'en servir de préférence, c'est encore lui qui se digérera le plus facilement. Si ces conditions ne sont pas remplies, il est préférable de le stériliser, comme nous l'indiquerons plus loin, « parce que, comme le dit le Dr Le Gendre (2), » il ne nous est pas assez démontré que le lait bouilli soit indigeste, pour que nous mettions cette considération en balance avec l'utilité supérieure de stériliser le lait. »

Ceci nous amène à la question des maladies transmissibles par le lait, le grand argument des partisans du lait stérilisé ; nous dirons stérilisé, et non bouilli, parce que le lait qui a bouilli à l'air libre, comme on le fait dans nos maisons est rarement stérilisé ; quand il « monte », il peut n'avoir pas dépassé 75°, température insuffisante pour tuer tous les germes qu'il contient.

Quels peuvent être les dangers du lait cru ? De transmettre des maladies venant de l'animal producteur, et de servir de véhicule à des germes d'affections étrangères. Parmi ces dernières, on peut placer en première ligne les troubles gastro-intestinaux et les diarrhées infectieuses ; nous en avons déjà dit un mot précédemment. Tous les cliniciens qui ont expérimenté le lait stérilisé, et entre autres, MM. Comby, Debove, Ollivier, Sevestre, Pinard, Budin, sont d'accord sur ce point que le lait stérilisé est une ressource préventive et curative précieuse contre ces accidents. Mais ces avantages se limitent-ils à Paris et aux grandes villes, où l'on ne peut garantir la fraîcheur et la propreté du lait ? Peut-être. Nous connaissons un certain nombre de faits où des enfants, atteints à la ville de diarrhée rebelle à tout traitement, la voyaient disparaître brusquement à la campagne, sous l'influence de conditions hygiéniques meilleures, et d'un lait pur et toujours frais. En d'autres termes, alors qu'on ne peut avoir de lait stérilisé, l'usage d'un lait pur et frais est préférable, pour prévenir la diarrhée, à l'ébullition pure et simple.

Après les diarrhées infantiles, les faits les moins douteux sont ceux relatifs à la propagation de la fièvre typhoïde. En 1879, Hart fait, au Congrès international des Sciences médicales d'Amsterdam, la relation d'une épidémie ayant coûté la vie à plus de 150 personnes et venue par le lait d'une ferme où on lavait les bidons dans une eau contaminée. Murchison (1) eut six de ses enfants atteints, après avoir fait usage de lait provenant d'une ferme où sévissait la fièvre typhoïde. D'autres auteurs ont rapporté des faits également probants ; et, cette année même, un laitier, des environs de Genève, a été condamné pour avoir donné naissance à des cas de fièvre typhoïde, en lavant ses bidons dans un ruisseau contaminé par les selles d'un typhique.

A côté de la fièvre typhoïde, on place la scarlatine, ce qui paraît assez rationnel, étant donné le mode de propagation de cette maladie ; mais les observations en sont rares et douteuses. Contre le développement de ces affections étrangères aux animaux, des notions d'hygiène, la déclaration obligatoire et la désinfection nous semblent devoir être suffisantes.

Arrivons aux maladies venant de la vache elle-même. On a cité quelques cas, mais très douteux, de pneumonie chez des enfants ayant bu du lait de vaches atteintes de péri-pneumonie (2), affection contagieuse, très commune chez ces animaux. On a vu aussi à différentes reprises une affection fébrile, avec éruption aphtheuse dans la bouche, coïncidant avec une épidémie de fièvre aphtheuse dans les étables. Ces faits sont d'ailleurs assez rares, et n'ont qu'une importance secondaire.

Mais l'affection dont on a le plus étudié la transmission à l'homme, c'est la tuberculose. Et c'est même, surtout, la crainte de cette redoutable maladie, qui a fait ériger en dogme l'emploi exclusif du lait bouilli.

La tuberculose est fort rare dans les vacheries de Paris (3) ; la moyenne est de 0,06 %. A Grenoble, la proportion est plus petite encore. A Rouen, il y a deux ou trois vaches sur mille, atteintes de tuberculose. Quant aux cas de tuberculose mammaire, ils sont moins considérables. « Il résulte de ces chiffres que la tuberculose est rare dans l'espèce bovine, et exceptionnelle sur les veaux, pris en particulier. Il y a là un fait digne d'attention, puisque les veaux sont élevés presque exclusivement avec du lait. »

Les cas de tuberculose par ingestion de lait ne sont pas extrêmement nombreux, et les expériences faites sont loin d'être probantes.

M. Nocard ne croit à la possibilité de l'infection, que lorsque le pis de la vache malade présente une lésion constatable. Il a cité un cas de tuberculose intestinale et mésentérique chez un chat qui buvait tous les jours du lait cru ; il en conclut que le lait est probablement la cause de cette infection et venait d'une vache tuberculeuse.

M. Galtier (4) a fait ressortir les dangers de l'utilisation des produits obtenus avec le lait de vaches tuberculeuses. Ses conclusions sont que les germes de la tuberculose se conservent dans les produits du lait ; que l'homme peut *vraisemblable-*

(1) Communication à la Société de médecine publique, novembre 1889.

(2) *Concours médical*, 1887, p. 308.

(1) *British med. Journal*, 5 sept. 1873.

(2) *Revue d'Hygiène*, mars 1887.

(3) Robin, communic. à la Société d'Hygiène profess., juin 1891.

(4) Communic. à l'Acad. des Sc. mai 1886.

ment inoculer des germes de tuberculose par ces produits ; qu'il n'est pas *irrationnel* de rattacher à cela un certain nombre de cas de tuberculose de la poule et du porc. Ces conclusions sont rationnelles, mais émises sous une forme un peu dubitative.

Le Dr Gasperini (1) a mélangé à du beurre des cultures de bacilles, de Koch, et quelques semaines, quelques mois après, il a inoculé ce beurre à des cobayes ; les résultats ont été positifs dans plus de la moitié des cas. Les condidions de ces expériences s'éloignent beaucoup de la réalité, par l'introduction de bacilles de Koch en grande quantité, et l'inoculation au lieu de l'ingestion.

M. H. Martin, en inoculant du lait acheté à Paris, sous les portes cochères, a obtenu des résultats positifs.

May (*Revue d'Hygiène* 1884) n'a obtenu par cette méthode que des résultats négatifs.

Ernst, de Boston, recueillant du lait chez des vaches tuberculeuses dont les mamelles étaient saines, a vu chez 5 lapins sur 49, et chez 12 cobayes sur 54 inoculés, survenir une tuberculose généralisée du péritoine (*Revue d'Hygiène* 1890).

Bang (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1890) a inoculé du lait de 28 vaches tuberculeuses à des lapins, une seule avait son lait virulent. Il a injecté aussi du lait de 8 femmes tuberculeuses, sans succès. Il a montré que la crème et le beurre venant de vaches tuberculeuses avec lésions bacillaires des mamelles, rendaient tuberculeux les lapins chez qui on les injectait.

De plus, ayant servi de ce beurre tuberculeux à deux lapins, l'un en a mangé et est devenu tuberculeux. Cette expérience est assez concluante.

Le même auteur a constaté qu'il faut une température de 85° pour tuer les bacilles : *des porcs nourris avec du lait bacillifère, chauffé à 70°, ont présenté des traces non douteuses de tuberculose.*

Le professeur Spillmann (*Gaz. hebd.*, oct. 1890) a attiré l'attention sur la fréquence de la tuberculose chez les animaux d'espèce bovine, et chez les habitants, dans les Hautes-Vosges.

Demma a cité quatre cas de tuberculose intestinale chez des enfants, dus très-vraisemblablement à l'usage de lait cru d'une vache tuberculeuse.

M. Brouardel a noté le cas de cinq jeunes filles, pensionnaires, mourant tuberculeuses, sans qu'on pût en découvrir la cause, quand le vétérinaire s'aperçut que la vache appartenant à l'institution avait une mammite tuberculeuse.

Imlach (*Brit. med. Journal*, 1885) a nourri des veaux sains avec du lait de vaches tuberculeuses : au bout de deux mois ils étaient parfaitement sains.

M. Arloing, dans ses remarquables leçons sur la tuberculose, cite encore les expériences suivantes, qui sont certainement d'un grand poids dans la question.

Gerlach, de l'Ecole de Berlin, ayant nourri pendant plusieurs semaines avec du lait suspect, 2 veaux, 2 porcs, 1 mouton et 2 lapins, trouva chez tous à l'autopsie, sauf chez un veau mort prématurément, des lésions tuberculeuses du tube digestif, des ganglions mésentériques, des poumons et des plèvres.

(1) *Giornale Della Soc. it. d'Hygiene*, janv. 1890.

Klebs obtint le même résultat sur 5 lapins et 1 chien qui devinrent tous tuberculeux.

Johne, nourrit 91 animaux avec du lait de vache tuberculeuse, et les vit s'infecter dans une proportion de 30,7 pour 100.

Bollinger, ayant fait prendre à 4 cobayes de 1 litre 1/2 à 3 litres de lait de vache phtisique pendant dix semaines, ayant nourri pendant 15 jours, un porc avec le même lait, constata l'infection tuberculeuse de ces cinq animaux.

De cet ensemble de faits, peut-on tirer des conclusions fermes sur la propagation de la tuberculose à l'espèce humaine par le lait ? Il y a certainement des faits qui prouvent que cette propagation est possible. Il est certain que le virus tuberculeux, bacille ou autre, peut exister dans le lait même sans mammite tuberculeuse : il y a donc là une source d'infection possible. Mais jusqu'à présent, il n'est pas prouvé que ce danger soit bien grand.

« L'homme, dit M. Bouchard, est exposé à une contamination incessante, parce qu'il vit en société ; dans les cités, chacun de nous est en contact, à chaque instant, avec des phthisiques qui expectorent sans précaution sur le sol ; la dessiccation et le cheminement incessant des passants transforment les crachats en détritus pulvérulents que le vent soulève, et que chacun de nous respire. Si le dépôt d'un seul bacille dans l'appareil respiratoire devait donner la tuberculose, tous les hommes en société seraient détruits par elle. »

Faut-il conclure qu'il n'y a rien à faire qu'à se croiser les bras ? Non pas. Mais il nous semble qu'en première ligne il faut placer la surveillance des étables, surveillance sérieuse et constante. De plus chez tous les enfants, chez toutes les personnes, pouvant être prédisposés à contracter la tuberculose par hérédité, il sera prudent de conseiller l'emploi de lait stérilisé, à moins qu'on ne soit sûr de l'animal producteur. Cela d'ailleurs ne contredit pas nos conclusions précédentes : Il faut employer le lait frais et propre partout où c'est possible ; il y a en effet des laiteries modèles, où l'on prend de grands soins de propreté des vaches, et où le lait se conserve bien et a donné d'excellents résultats. *Mais quand on n'est pas sûr de son lait, il faut le stériliser.* Le principe a été mis en pratique par Soxhlet qui a imaginé un appareil assez compliqué. Le plus simple, est le procédé d'Eisenberg qui partage le lait additionné de lactose et d'eau en autant de flacons qu'il y a de repas ; ces flacons bouchés avec un tampon de coton purifié sont placés sur un treillage à une petite distance du fond d'un bain-marie à moitié rempli d'eau et hermétiquement fermé. On fait bouillir l'eau pendant une demi-heure. Puis on retire les flacons et on les refroidit rapidement. Le lait peut se conserver plusieurs jours, et il est parfaitement stérilisé.

Répétons, en terminant, que le lait bouilli simplement, comme on le fait d'habitude, ne donne pas la certitude d'être à l'abri des germes.

Un dernier mot sur la tuberculose: si nous étions persuadés qu'elle peut se transmettre aussi facilement par le lait, nous ne croirions pas avoir tout fait en recommandant l'usage du lait stérilisé. Pour être logique jusqu'au bout, il faudrait bouleverser notre alimentation en affirmant que le beurre et le fromage devront être interdits à l'avenir, à moins qu'on n'ait trouvé le moyen de les stériliser sans leur enlever leurs qualités ali-

mentaires. Nous nous étonnons que ceux qui affirment avec tant de conviction les dangers de la tuberculose par le lait cru, n'aient pas jusqu'au bout la logique de leur opinion.

Dr P. HERVOUET.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat d'Aisne et Vesle.

Mon cher Directeur,

La lettre sur l'indemnité maladie publiée dans le *Concours médical* a toute mon approbation.

Non l'association ne pourra faire cette œuvre si utile et il faudra, vous le verrez, que l'Union des Syndicats la prenne sous son patronage. Mais il faut que ce soit un droit absolu, et non un *droit à demander l'indemnité*, quitte à la recevoir ou non suivant que le médecin malade sera jugé fortuné ou non.

Les arguments que donne notre confrère, je les ai employés au mois de juin à la Société locale de Laon, Vervins et Château-Thierry, et le projet de l'Association générale a été rejeté à l'unanimité.

Il ne contente personne, ni les membres du bureau qui ne l'acceptent que comme pis-aller, et ils sont nombreux, ni les partisans convaincus de l'*indemnité de droit*.

Puis, on touche à la caisse de l'association générale; or, nous avons toujours demandé qu'il n'y soit touché en rien. Nous demandions une caisse nouvelle, sous le patronage de l'Association tout simplement, caisse qui ne pourrait jamais donner au delà des sommes disponibles, ce que j'avais prévu dans le règlement de l'Assurance mutuelle qui existe dans notre Syndicat depuis 5 ans et qui est en pleine propérité, comme je le dirai à la réunion de l'Union des Syndicats le 27 courant.

Quant au recouvrement, c'est bien simple et cela ne coûte rien.

Tous les 3 mois je fais traite par la poste de 12 f. sur tous les assurés. Tous les ans, je fais recouvrer par le même moyen la cotisation des syndiqués. Les frais de poste sont supportés par le Syndicat.

Je recommande ce moyen bien facile. Le médecin est négligent pour payer ses cotisations ; il a bien d'autres choses à faire et quand il y pense il renvoie volontiers au lendemain.

Mais en lui présentant la quittance, il paye. Donc, mon cher Directeur, je vous prie de soumettre la question à l'Union des Syndicats le 27 novembre c'est ma conclusion, et bien motivée, je le crois.

Bien à vous,

Dr H. LÉCUYER,
Beaurieux (Aisne).

REPORTAGE MÉDICAL

Le soixante-dixième anniversaire de M. Pasteur. — M. Pasteur aura soixante-dix ans le 27 Décembre prochain. La section de médecine et de chirugie de l'Académie des sciences a pris l'initiative d'une souscription, pour offrir, à cette occasion, à l'illustre savant un souvenir et un hommage.

M. Lacaze-Duthiers se laisant l'interprète de l'Académie tout entière a assuré que celle-ci serait heureuse de donner un nouveau témoignage d'admiration et de gratitude à M. Pasteur.

— *Le tout à l'égout au Parlement.* — La question de l'assainissement de la Seine vient d'être portée au Parlement par les députés de Seine-et-Oise. Cette question très importante et très discutée ne pouvait avoir, d'après ces derniers, qu'une solution, la construction d'un canal chargé de porter les résidus de Paris à la mer ; et ils engageaient vivement le gouvernement à donner satisfaction aux malheureux suburbains situés « sous » Paris, sans quoi ils se verraient obligés de lui retirer leur confiance.

Nous n'entrerons pas dans le détail des discours plus ou moins profanes prononcés par MM. Hubbard, Hély d'Oissel, Haussmann, Camille Raspail, Dr Michon, pas plus que des réponses administratives de MM. Loubet et Viette. La partie importante de la séance a été la « conférence » de M. le Professeur Proust, qui a enlevé le vote de confiance et consolidé le système du tout à l'égout avec l'épandage dans des terrains sulfisants.

M. Proust a d'abord établi que Paris était remarquablement bien partagée sous le rapport de l'eau de source, puisqu'elle peut disposer de 150.000 mètres cubes par jour, sans compter 100,000 en plus l'an prochain. A Berlin, à Londres, on ne boit que de l'eau de rivière filtrée, et ça ne donne pas de mauvais résultats : c'est ce que l'on pourrait établir pour la banlieue, qui a certainement un besoin urgent d'eau potable. L'on fermerait les puits qui ont joué un rôle considérable dans le développement de la dernière épidémie : cela bien entendu, en attendant qu'on puisse la pourvoir d'eau de source.

Quant à l'évacuation aussi rapide que possible des matières usées, c'est absolument nécessaire à la vie de Paris ; M. Proust n'insiste pas d'ailleurs là-dessus, puisque le principe et l'application du tout à l'égout ne sont pas discutés. Notons en passant que Paris a 500.000 mètres cubes d'eau à évacuer journellement, et qu'il y en aura bientôt 100.000 de plus.

Maintenant, quel traitement faut-il appliquer aux matières fournies par le tout à l'égout ? Il y a trois procédés : mécaniques, chimiques, épuration par le sol. Les deux premiers ne peuvent s'appliquer qu'à de petites quantités, ce n'est pas le cas à Paris. L'expérience faite du troisième procédé à Gennevilliers est concluante. On sait depuis longtemps que les substances chimiques ne pénètrent pas à plus de 0 m. 60 de profondeur dans le sol. MM. Cornil et Grancher ont fait des expériences avec la terre de Gennevilliers ; pendant trois mois et demi, on a versé sur cette terre des cultures de bacilles typhoïdes et du *bacillus prodigiosus* qui est facile à reconnaître, jamais on n'a retrouvé le bacille à plus de 0m. 40 de profondeur. Or les champs d'irrigation ont toujours 1 m. 50 ou 2 mètres de profondeur et plus. En outre, dans ces expériences, l'eau ayant traversé la terre a été reconnue absolument pure.

L'expérience clinique a confirmé ces recherches : ni la fièvre typhoïde, ni le choléra n'ont donné des cas plus nombreux à Gennevilliers que dans les communes voisines ; au contraire. Dans la dernière épidémie, il y a eu en tout 17 cas ayant donné 13 décès, tandis que dans le reste de la banlieue qui pratique le « tout au puits » il y avait 774 cas.

Pour le canal à la mer, si c'est un canal ouvert avec prises sur le parcours, ce n'est pas autre chose que le projet de la ville de Paris. Si c'est un canal fermé allant dans la mer, alors il y a non seulement de grandes difficultés techniques, mais encore de grands dangers d'infecter le littoral, car, les courants de la Manche étant parallèles et ramenant les sables à la côte, ils rejetteraient de même tous les détritus qui ne sont déjà que trop nombreux.

Enfin, les terrains pour l'épandage sont-ils insuffisants ? Non, puisque 3.650 hectares suffisent, et qu'une étude de M. Adolphe Carnot, ingénieur des mines, établit que l'on peut trouver 37.000 hecta-

res autour de Paris, alors qu'il en manque seulement 1,500 ou 1,600.

Tels sont les excellents arguments employés par M. le Professeur Proust ; ils ont facilement entraîné la conviction de la Chambre : de là, applaudissements mérités, et vote final favorable.

— *Reconstitution de la Société de médecine pratique.* — Cette Société, dont nous avions annoncé la dissolution, vient de se reconstituer sous le nom de Société de médecine et de chirurgie pratiques de Paris. Le préfet de police a rendu deux arrêtés en date du 30 septembre dernier, l'un prononçant la dissolution de la Société de médecine pratique, l'autre autorisant l'organisation de la nouvelle Société qui est fondée par la grande majorité des membres de l'ancienne Société.

Le président pour l'année courante est M. Dujardin-Beaumetz.

— *Incident au Concours de l'Internat.* — On a fait beaucoup de bruit au sujet d'une fraude commise par un candidat interne provisoire, lequel, malgré cette fraude, connue du jury, aurait obtenu une note lui permettant d'aspirer au titulariat. La *Gazette des Hôpitaux* a fort sagement fait remarquer que le jury avait toute qualité pour juger si la chose était aussi grave qu'on le disait.

Nos renseignements personnels nous permettent d'affirmer que le candidat a agi sans préméditation : il avait lui-même averti ses juges d'une erreur qu'il croyait avoir commise, chose que font souvent les candidats, à qui l'on demande s'ils sont satisfaits ; mais cette erreur n'existait pas en réalité, et le candidat, stupéfait et décontenancé, a passé une autre erreur, ou plutôt un lapsus, qui existait à la place. Les juges ont vérifié et constaté cette fraude ; ils ont cru, malgré cela, pouvoir donner une note assez élevée ; c'est très probablement qu'ils ont jugé cette fraude involontaire.

Cependant, en principe, il devrait être admis que toute faute de cette nature, volontaire ou non, doit être punie ; et l'élimination du candidat devrait être la règle ; c'est le seul moyen d'éviter tout soupçon de favoritisme, et de conserver sa valeur à l'internat des hôpitaux de Paris. C'est ce qu'a compris le candidat qui a pris la résolution de ne pas se présenter à l'examen oral.

— On agite vivement, en ce moment, en Allemagne, en Amérique et en Angleterre, la question de la crémation obligatoire dans les cas de décès par le choléra. A New-York même, le Conseil d'hygiène a décidé de faire incinérer les cadavres de toutes les personnes qui sont mortes du choléra pendant les quarantaines. Les partisans de cette mesure s'appuient sur les faits récemment observés, et qui semblent bien prouver qu'en différents points il y a eu reviviscence *in situ* de germes provenant d'épidémies antérieures. Or, la persistance de la vitalité des microbes pathogènes dans les cadavres, puis dans le sol, étant démontrée, il paraît indiqué de les détruire dans les premiers, et nul moyen, pour atteindre complètement ce but, ne paraît aussi parfait que l'incinération.

(Revue scientifique.)

— L'inauguration officielle des établissements que l'administration des hospices civils de Lyon a fait construire dans la presqu'île de Giens, près d'Hyères, pour le traitement des scrofuleux, doit avoir lieu le samedi 12 novembre. MM. les Drs Brouardel et Proust, le général baron Berge, gouverneur de Lyon, et Jules Simon, de l'Académie française, seront présents à cette cérémonie.

— Le Dr Chéron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses leçons cliniques de Gynécologie, le 14 novembre à deux heures, à sa clinique, 9, rue de Savoie, et les continuera les lundis suivants à la même heure. Les auditeurs sont admis à examiner les malades.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3749. — M. le Dr Lefèvre, de Fumay (Ardennes), membre du Syndicat de la Vallée de la Meuse.

N° 3750. — M. le Dr Vassal, de Mézières (Ardennes), membre du Syndicat de la Vallée de la Meuse.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le Dr Boudet, de Maringues (Puy-de-Dôme), et de M. le Dr Cauchy, de Bousies (Nord), membres du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Petite encyclopédie médicale. — Collection de vol. in-8 raisin, cartonnés à l'anglaise, fer spécial. Prix : **3 fr.**

Volumes parus dans la collection.

Dr PAUL CORNET, professeur aux écoles d'infirmières de la ville de Paris. — **L'Art d'administrer les médicaments aux enfants.**

Dr JACQUES NATTUS. — **Abus de l'hygiène et des médicaments,** ou moyens antihygiéniques de se **conserver la santé.**

Dr MOUNIER. — **Hygiène de l'oreille.** Soins préventifs.

Dr J. BARATOUX. — Guide pratique pour le **Traitement des maladies de l'oreille.**

Hygiène et salubrité de l'Ecole, par le Dr Raoul Laffon, ouvrage couronné par la Société d'hygiène de Paris. Tous ces ouvrages net *franco*, **2 fr. 40 c.**

Pour MM. les membres du Concours médical.

Bien qu'il appartienne à la littérature extra-médicale, nous nous plaisons à signaler le livre du capitaine Binger, heureusement revenu de sa 2e mission :

BINGER (Capitaine). — **Esclavage, islamisme et christianisme.** In-8 de 112 pages. Prix : **2 fr. 50.**

Sous ce titre, le vaillant explorateur africain, qui vient de donner à la France un pays trois fois grand comme la mère patrie, publie un ouvrage extrêmement intéressant, dont nous détachons les lignes suivantes qui font frémir :

« Les esclaves sont nus et soumis à toutes les intempéries ; ils marchent en général en file indienne, les uns derrière les autres, retenus par une même corde qui leur passe autour du cou. Les enfants sont ou portés par leur mère, ou bien ils suivent péniblement à pied ; quelles souffrances ils endurent, personne ne le saura jamais. On leur fait faire à pied des étapes de 30 à 40 kilomètres sous un soleil de feu, dans un pays que la guerre vient de dévaster ; une poignée de sorgho ou de maïs constitue leur nourriture, juste de quoi ne pas mourir. Pendant la nuit, ces malheureux sont en général entravés avec la barre de fer ; ceux-là seuls qui n'ont plus la force de se traîner sont laissés libres ou enfermés pêle-mêle dans une case délabrée et sans feu.

« En route, il n'est pas rare de voir les marchands abuser des femmes esclaves qui sont encore valides, quelquefois même ils vont jusqu'à les prêter à d'autres, moyennant une légère rétribution. »

Le Directeur-Gérant : **A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année N° 47 19 Novembre 1892

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

DES

Membres du Concours médical et de l'Union des Syndicats.

Chers Confrères,

Le Conseil de Direction du *Concours médical* et le Bureau de l'*Union* ont fixé la date de leur Assemblée générale au *Dimanche 27 novembre, à 2 heures, au Grand-Hôtel, et le Banquet à 7 heures.*

Des questions importantes seront soumises à vos délibérations ; vous comprendrez combien votre présence est nécessaire et nous vous prions de venir, en grand nombre, assister à ces délibérations. On fait souvent appel à l'initiative privée. Toutes les œuvres de nos deux Sociétés ont cette origine.

Nous comptons que vous ferez tous vos efforts pour vous joindre à nous. Vous êtes invités à nous écrire, *par retour du courrier*, les questions que vous désireriez voir figurer à l'ordre du jour, et à nous informer de votre présence, pour que nous puissions prendre les mesures nécessaires pour la *Réunion* et le *Banquet*.

Pour les Bureaux de l'Union et du Concours,
Le Directeur, A. Cézilly.

« Le Banquet sera suivi, à 10 heures, d'un intermède artistique, auquel, bien entendu, on peut assister, si on a été empêché de prendre part au repas confraternel. »

Union des Syndicats médicaux.

Projet de statuts.

Article 1er.

A partir de la promulgation de la loi Chevandier sur l'exercice de la médecine, il est institué une *Union* entre les Syndicats médicaux de France, régulièrement constitués, conformément à la loi du 21-22 mars 1884, qui auront adhéré aux présents statuts.

Art. 2.

Le siège de l'*Union des syndicats médicaux de France* est à Paris, dans les bureaux du *Concours médical*, actuellement 23, rue de Dunkerque.
Sa durée est illimitée.

Art. 3.

Cette Union a pour but l'étude de toutes les questions professionnelles intéressant le Corps médical Français et la poursuite des modifications et améliorations légitimes qu'il réclame, par l'organe de ses Syndicats, relativement à l'art de guérir.

Art. 4.

L'Union prête son appui matériel et moral aux syndicats adhérents.
En cas de poursuite judiciaire, intentée par un syndicat, contre l'exercice illégal de la médecine ou en cas de procès engagé en vue d'une question qui touche l'intérêt général du corps médical, l'Union des syndicats, si les ressources du syndicat sont insuffisantes, participe, dans les limites nécessaires, aux frais de poursuite, à la condition expresse cependant, que le bureau consulté ait donné un avis favorable à la dite poursuite.

Art. 5.

Toute discussion étrangère au but et à l'objet de l'Union est rigoureusement interdite.

Art. 6.

Tout Syndicat qui veut s'agréger à l'Union doit
1° A resser au Secrétaire Général :
Un exemplaire de ses statuts ;
La liste de ses membres ;
Une délibération régulière de l'Assemblée générale de ses membres, déclarant adhérer à l'Union et accepter ses statuts et règlements.
2° Verser entre les mains du Trésorier la cotisation annuelle prévue par les présents statuts.

Art. 7.

Tout Syndicat qui veut se retirer de l'Union doit, pareillement, adresser au Secrétaire Général, une délibération régulière de l'Assemblée Générale de ses Membres déclarant qu'il cesse de faire partie de l'Union.

Art. 8.

Tout Syndicat qui refuserait de verser, à la Caisse de l'Union, les diverses contributions prévues par les présents statuts, peut être rayé de la liste des Syndicats adhérents, par l'Assemblée Générale de l'Union.

Art. 9.

L'Union des syndicats est représentée par un bureau de six membres (un président, un vice-président, un secrétaire général trésorier, un secrétaire adjoint et deux assesseurs) élus, chaque année, par une assemblée générale des délégués des syndicats, au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents, le vote par correspondance étant formellement interdit.

Art. 10.

La durée des fonctions des membres du Bureau est d'une année ; leur mandat est renouvelable.

Art. 11.

Le Bureau se réunit, sur la convocation du Président de l'Union, aussi souvent qu'il est nécessaire.

Il est assisté d'un Conseil judiciaire qui prend rang à ses séances avec voix consultative.

Art. 12.

Le Bureau étudie les meilleurs moyens pratiques de réaliser les vœux formés par les divers Syndicats et fait toutes les démarches nécessaires pour obtenir ce résultat.

Il signale aux Syndicats adhérents les questions dont la solution immédiate lui paraît la plus urgente ; mais, respectueux de l'individualité et de l'autonomie des différents syndicats, il reçoit tous les documents et étudie toutes les questions que ceux-ci jugent à propos de lui soumettre. De plus, il se tient à la disposition des Syndicats, pour leur fournir les renseignements, dont ils ont besoin.

Art. 13.

Le Bureau présente un compte rendu de ses travaux, à l'Assemblée Générale annuelle.

Art. 14.

Chaque année il est tenu une assemblée générale de l'Union des syndicats.

Cette assemblée comprend :

1° Les membres du Bureau de l'Union ;

2° Trois membres de la Société civile du Concours médical délégués par le Conseil de Direction ;

3° Les délégués des syndicats adhérents.

Tout syndicat comptant de 1 à 50 membres nomme un délégué ; tout syndicat comptant do 51 à 100 membres nomme deux délégués ; tout syndicat comptant plus de cent membres nomme trois délégués.

Les délégués doivent être munis de pouvoirs réguliers.

Art. 15.

Les Délégués ne peuvent se faire représenter à l'Assemblée Générale.

Cependant si tous les Délégués d'un même Syndicat n'assistent pas à la séance, le délégué présent disposera du nombre de voix attribué au Syndicat (une voix, de 1 à 50 membres, 2 voix de 51 à 100 membres, 3 voix au delà de 100 membres).

Art. 16.

L'Union des Syndicats publie, dans un Bulletin périodique, les procès-verbaux de l'Assemblée générale annuelle, des séances du Bureau et aussi les procès-verbaux des réunions des divers syndicats. Dans ce Bulletin peuvent être encore insérés des articles de chronique professionnelle qui sont d'intérêt général.

Art. 17.

Pour subvenir aux frais divers de l'*Union des syndicats*, tels que : réunions du bureau, étude des questions diverses et démarches qu'elle nécessite, rédaction, impression et envoi de bulletin, etc., etc., il est institué une caisse alimentée par ; 1° un versement annuel de chacun des syndicats adhérents, à raison de deux francs par membre ; 2° des dons volontaires.

Art. 18.

Pour subvenir aux dépenses nécessitées par les actions judiciaires auxquelles participera l'Union, comme il est dit dans un article précédent, les syndicats, auxquels elle sera venue en aide, devront verser à la caisse de l'Union la moitié des dommages-intérêts qu'ils auront obtenus en se portant partie civile.

Art. 19.

Les sommes provenant de ces diverses sources, seront remises entre les mains du Trésorier qui en délivrera récépissé. Il soldera les dépenses prévues par le Bureau.

Art. 20.

Le Trésorier devra faire connaître l'état de la caisse à chaque réunion du Bureau ; de plus, il rendra compte de sa gestion chaque année, en Assemblée générale.

Art. 21.

La dissolution de l'Union ne pourra ére prononcée que par une Assemblée Générale, spécialement convoquée à cet effet et à la majorité des *trois quarts* des membres présents.

Cette Assemblée déciderait de l'emploi des fonds existant en caisse ou placés au moment de la dissolution.

Art. 22.

Aucune modification aux présents statuts ne pourra être mise en discussion, si elle n'a préalablement été soumise au Bureau de l'Union un mois au moins avant l'époque fixée pour l'Assemblée Générale et inscrite à l'ordre du jour de cette Assemblée.

Art. 23.

Des règlements particuliers, adoptés en Assemblée Générale, détermineront, selon les circonstances, les conditions dans lesquelles seront mis en pratique, les principes généraux énoncés dans les présents statuts.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le phosphate de soude comme succédané des liquides d'extraits organiques de Brown-Séquard.

A la suite des communications nombreuses faites aux différentes Sociétés savantes sur les effets névrosthéniques puissants obtenus par les injections de liquide testiculaire et de substance nerveuse, M. le Dr *Crocq* fils, de Bruxelles, a recherché quelle substance chimique était capable de produire les mêmes effets, tout en offrant plus de facilité de préparation et par suite plus de garanties de sécurité. Il a reconnu que le phosphate de soude en injections sous-cutanées donnait des résultats extrêmement nets et comparables à ceux du liquide testiculaire.

La solution employée se prépare de la manière suivante :

Phosphate de soude........ 2 grammes.
Eau de laurier-cerise....... 100 —

Ce liquide, absolument aseptisé, est injecté sous la peau, à la dose de 3 centimètres cubes, tous les jours ou tous les deux jours. Les précautions antiseptiques ordinaires doivent être prises, et jamais ces injections ne produisent la moindre réaction, ni locale, ni générale : la température, prise avec soin, ne s'est jamais écartée de la normale, et la piqûre n'a jamais produit le moindre gonflement, ni la moindre rougeur. Les injections sont pratiquées aux bras et aux jambes ; la douleur qu'elles provoquent est insignifiante. Après l'opération, on voit une tumeur arrondie du volume d'une noix qui disparaît bientôt, à mesure que l'absorption se fait. Immédiatement après l'injection, le malade ressent à peine, à l'endroit de la piqûre, une légère chaleur, qui disparaît au bout de quelques minutes.

Ce moyen agissant purement comme tonique du système nerveux, les résultats obtenus seront ou curateurs ou palliatifs : ils seront curateurs dans les affections qui ne dépendent que d'un trouble fonctionnel de l'axe cérébro-spinal ; ils ne pourront être que palliatifs lorsqu'existent des lésions organiques des centres nerveux.

La neurasthénie, la chlorose, l'affaiblissement peuvent être entièrement guéris par ces injections. On obtient une amélioration très souvent stable dans l'ataxie, la paralysie agitante, les scléroses médullaires.

Pour M. Crocq, la supériorité de ce moyen sur ceux de Brown-Séquard et de C. Paul dépend de sa simplicité même : il se trouve à la portée de tout le monde.

Anesthésie mixte par le bromure d'éthyle et le chloroforme.

Rappelant à la Société de chirurgie les communications antérieures de M. Lucas-Championnière, de M. Terrillon, de M. Poitou-Duplessis, M. le Dr *Terrier* recommande une nouvelle méthode d'anesthésie mixte par le bromure d'éthyle et le chloroforme employée par le Dr Hartmann dans 66 cas à l'hôpital Bichat. — On commence par pratiquer l'anesthésie complète par le bromure d'éthyle et on continue par la chloroformisation. L'anesthésie est rapide et peut être continuée plus d'une heure.

Le sommeil est produit en une minute ; on constate au début quelques phénomènes d'asphyxie qui disparaissent et aussitôt l'anesthésie obtenue, on donne le chloroforme d'abord à doses un peu fortes et plus tard à toutes petites doses. La quantité de chloroforme employée a toujours été très minime, en ayant recours au procédé de Labbé et Baudouin :

Deux à trois gouttes de chloroforme par minute, versées régulièrement, suffisent pour entretenir le sommeil anesthésique. On dépense ainsi 15 à 20 grammes de chloroforme par heure.

Le réveil se fait très vite, l'opéré n'a pas de malaise et a rarement des vomissements.

Pour bien se conserver, le chloroforme doit être additionné d'un millième d'alcool (Grimbert).

Antisepsie buccale.

La *Semaine médicale* nous rappelle les précautions antiseptiques qu'il est nécessaire d'observer dans la toilette quotidienne de la bouche pour éviter les altérations des dents, les gingivites, les stomatites, les angines mêmes. Nous croyons être utiles à nos confrères en leur indiquant quelques formules simples :

Un excellent moyen pour faire avorter rapidement les angines infectieuses au début consiste dans l'emploi d'un gargarisme dont voici la formule :

Liqueur de Van Swieten....	250 grammes.
Sirop de mûres..........	50 —
Essence de menthe........	III gouttes.

Mêlez. — Se gargariser d'heure en heure avec ce liquide, qu'on aura soin de ne pas avaler.

Dans les gingivo-stomatites septiques et même dans la gingivo-stomatite mercurielle, M. le docteur V. Galippe (de Paris) recommande de se laver soigneusement la bouche, trois fois par jour, avec une solution de cyanure de mercure à 1/2000e. La quantité de solution employée pour chacun de ces lavages est de 25 c. c., soit 75 c. c. par jour, et chaque lavage mercuriel doit être suivi d'un lavage à l'eau distillée ou à l'eau ordinaire, de façon à écarter toute cause d'intoxication.

Comme dentifrices, M. *Miller* préconise deux formules, dont nous pouvons attester l'efficacité. La première est :

Acide benzoïque...........	2 grammes.
Alcoolature d'eucalyptus....	15 —
Alcool absolu.............	100 —
Essence de menthe poivrée..	0 g. 75 centigr.

Mêlez. — Usage externe.

On verse dans un verre à bordeaux à moitié rempli d'eau une quantité de ce mélange suffisante pour troubler l'eau d'une façon appréciable, et l'on se rince la bouche avec ce liquide pendant une minute au moins. L'action antiseptique du mélange ci-dessus formulé peut être portée au maximum en y ajoutant 0 gr. 80 centigrammes de sublimé.

La seconde formule de M. Miller est la suivante :

Saccharine...........	2 gr. 50 centigr.
Acide benzoïque......	3 grammes.
Teinture de ratanhia..	15 —
Alcool absolu.........	100 —
Essence de menthe...	āā 0 gr. 50 centigr.
Essence de cannelle..	

Mêlez. — Usage externe.

Cette préparation doit être employée comme la précédente.

Une condition essentielle de l'efficacité de toutes les solutions antiseptiques employées pour la bouche, c'est que la cavité buccale ne contienne aucun débris alimentaire pouvant empêcher l'action microbicide de se produire. On comprend que, avant de se rincer la bouche avec les mélanges dont nous venons de parler, il faut d'abord bien se nettoyer les dents à l'aide d'une brosse chargée d'une poudre dentifrice.

Voici une formule dont M. Miller se sert à cet effet :

Craie préparée..........	40 grammes.
Carbonate de magnésie...	10 —
Saccharine............	0 gr. 75 centigr.
Acide benzoïque.......	āā 1 gramme.
Essence de menthe.....	
Carmin pur............	Q. S.

Mêlez intimement.

Le choléra à la Société médicale des Hôpitaux

M. *Galliard* ouvre la discussion par un essai de classification des formes cliniques du choléra :

1° *Forme foudroyante*, celle qui tue en vingt heures au plus, mais qui peut être prolongée et même guérie par la transfusion intra-veineuse de sérum de Hayem ;

2° *Forme galopante*, celle qui tue en cinq jours au plus, mais qui peut être prolongée, voire même guérie, par la transfusion ; qui peut aussi guérir sans transfusion. Cette forme galopante doit être considérée, suivant M. Galliard, comme la forme commune de l'épidémie de 1892. Ce qui la différencie surtout de la forme précédente, c'est qu'elle subit l'influence de la thérapeutique en général, et de la transfusion en particulier. Elle laisse le temps d'agir ;

3° *Forme lente*. Elle comprend trois variétés :

a) gastro-intestinale, la seule curable, soit par la transfusion, soit, le plus souvent, sans transfusion ;

b) ataxo-adynamique, toujours mortelle ;

c) marastique, toujours mortelle aussi.

Dans cette forme lente la durée peut dépasser trois septénaires. La terminaison peut avoir lieu, soit en état d'algidité périphérique (avec ou sans hypothermie centrale), soit par le fait de congestions des centres nerveux, soit par le fait d'une complication, telle que la pneumonie.

L'exanthème du choléra (érythème papuleux) est survenu en moyenne le dixième jour. Il n'a pas de signification pronostique. Il coïncide parfois avec l'état fébrile du dixième jour, qui peut aussi exister sans exanthème chez les sujets qui guérissent.

M. Galliard attribue aux transfusions de sérum — qu'il appelle la dernière cartouche — trois guérisons de cas foudroyants, et estime que 30 de ses malades ont été sauvés par cette opération. Aucun d'eux n'a subi plus de deux transfusions, tandis que dans les cas mortels le nombre des transfusions a souvent dépassé deux et s'est même élevé, chez un cholérique, à six.

Sur les 397 cas, qu'il a traités, M. Galliard a fait les remarques suivantes :

A la période d'algidité on a noté, en plus des signes classiques, un resserrement douloureux des bourses, symptôme qui semble avoir passé généralement inaperçu des auteurs. A cette période M. Galliard a également noté des températures rectales très basses (32° dans un cas) ;

Les accidents congestifs ultimes se sont produits plusieurs fois, mais le poumon a été épargné, à l'inverse du cerveau et des méninges ;

La réaction n'a pas été conforme à la plupart des descriptions classiques, c'est-à-dire fébrile et survenant spontanément et sans interruption, à la suite du stade d'algidité. Elle n'a été que le résultat artificiel d'une perturbation thérapeutique violente, à savoir la transfusion intra-veineuse, mais alors tout était réuni : réveil de l'individu, restitution des fonctions cérébrales, retour de la parole, de l'urination, et surtout du pouls et de la température.

M. *Siredey* dit que parmi les formes de la maladie qui l'ont le plus frappé, c'est celle qui est décrite depuis longtemps sous le nom de réaction méningitique, bien qu'on ne trouve, à l'autopsie, qu'une simple congestion des méninges. Sur 15 malades qui ont présenté ce syndrome à des degrés divers, 8 sont morts, 7 ont guéri. Il s'agit, vraisemblablement, d'accidents toxémiques secondaires, qui peuvent s'expliquer soit par la résorption de poisons microbiens dans les voies digestives, soit par l'accumulation des toxines résultant du processus intense de désassimilation qui caractérise la réaction cholérique. L'intoxication est d'ailleurs facilitée par les altérations du foie et des reins qui entravent à la fois la destruction et l'élimination des poisons. Cette interprétation semble d'accord avec les recherches de MM. Bouchard, Pouchet, Roger, et Girode.

M. *Mathieu* revient sur le traitement du choléra par les transfusions chlorurées sodiques, qu'il conseille, comme Hayem, de pratiquer de très bonne heure et « larga manu » ; il signale en même temps le danger des bains chauds chez les cholériques, qui présentent des phénomènes attribuables à l'urémie. Les crampes douloureuses du début sont seules justiciables de ce moyen énergique.

M. *Bourcy* donne l'explication suivante de l'anurie et de la difficulté de provoquer la diurèse, chez les cholériques :

« Ayant retiré avec une sonde, chez une cholérique, une urine particulièrement trouble, je l'examinai au microscope, et, je constatai que le louche était dû exclusivement à la présence *d'innombrables* cylindres ; la plupart de ces cylindres étaient très longs, pâles, un peu réfringents, contournés en tire-bouchons, d'aspect colloïde ; d'autres, beaucoup plus rares, étaient franchement hyalins ; quelques-uns à peine, en quantité tout à fait négligeable, étaient granuleux.

Le hasard m'avait donc permis de saisir le moment où, lorsque l'urine commençait à être sécrétée, les canalicules du rein se vidaient de leur contenu ; il me paraît évident qu'à un moment donné ces canalicules étaient véritablement injectés d'une substance coagulable, injection que le nombre des cylindres observés dans l'urine permet de considérer sinon comme totale, du moins comme très étendue. On conçoit alors sans peine quelle résistance cette injection doit opposer au cheminement de l'urine du glomérule à la papille. Peut-être a-t-on là l'explication de l'extrême difficulté de provoquer la diurèse chez les cholériques, même en augmentant la tension sanguine par de larges injections veineuses ou sous-cutanées.

CHIRURGIE PRATIQUE

Abcès et fistules de l'anus.

Il arrive fréquemment au médecin d'avoir à soigner, au cours d'une maladie générale infectieuse ou simplement chez des personnes atteintes d'hémorrhoïdes et peu attentives des soins de propreté, certaines collections purulentes situées au voisinage de la marge de l'anus. La thérapeutique de ces abcès n'est pas absolument la même pour tous les cas : elle varie suivant la nature et suivant le siège de ces suppurations, et tout médecin doit être à même de l'appliquer convenablement, sans avoir des connaissances chirurgicales spéciales. Nous considérerons trois grandes variétés dans les abcès de l'anus.

1° *Abcès aigus.*

2° *Abcès subaigus de nature tuberculeuse et fistules de l'anus.*

3° *Abcès chroniques, ossifluents. Fistules osseuses.*

I.

Abcès aigus.

Ces abcès peuvent siéger au-dessous ou au-dessus du releveur de l'anus, occuper l'espace pelvi-rectal inférieur ou l'espace pelvi-rectal supérieur ; ces derniers sont rares. Il est nécessaire d'appliquer un traitement d'autant plus énergique et d'autant plus minutieux que la collection est située plus haut, car plus l'abcès est éloigné de la peau, plus il y a à craindre les décollements sous-muqueux du rectum et les fistules consécutives. Les abcès de l'espace pelvi-rectal inférieur comprennent :

1° *Les abcès superficiels circonscrits*, analogues aux abcès tubéreux de l'aisselle, et siégeant dans les glandes pilo-sébacées ou sudoripares ; ces abcès sont justiciables d'une petite incision avec lavages extérieurs au sublimé à 1/1000 et pansement léger ; ils guérissent spontanément, sans laisser de fistules.

2° *Les abcès superficiels non circonscrits*, à marche assez rapide, comme les abcès circonscrits, et résultant ordinairement d'une infection lymphatique ou d'une péri-phlébite hémorrhoïdaire. Le toucher rectal a une grande importance dans le diagnostic de ces abcès non circonscrits, car il permet de s'assurer que la tuméfaction ne remonte pas à plus de un centimètre au-dessus de l'anus. Ici, il faut pratiquer une incision d'environ 4 centimètres, il est nécessaire d'introduire un doigt dans la plaie pour explorer les prolongements possibles vers la muqueuse rectale et les décollements étendus : il serait alors indiqué de fendre tout le sphincter jusqu'à ces diverticules. Quand le décollement est très minime, la simple incision transversale suffit sur la partie fluctuante de l'abcès. On lave la cavité au sublimé chaud à 1/1000, et on introduit une bonne lanière de gaze iodoformée dans la plaie. La guérison est obtenue facilement.

3° *Les abcès profonds de la fosse ischio-rectale*, à marche généralement lente, insidieuse, et d'un diagnostic assez délicat. On doit se baser sur les considérations suivantes :

La tension, le gonflement, la fièvre sont intenses ; le toucher rectal, pratiqué au besoin sous l'anesthésie chloroformique, montre que les abcès profonds remontent très haut, tandis que les abcès superficiels s'élèvent à peine à 1 centimètre de l'anus.

Ces abcès, plus que tous les autres, exposent aux fistules et en particulier aux fistules borgnes internes. L'incision doit donc être précoce et large. De plus, s'il est trop absolu de sectionner la paroi rectale et le sphincter dans tous les cas, de faire, en un mot, d'emblée l'opération de la fistule, il faut toujours explorer très soigneusement la cavité de l'abcès. Si l'on sent la muqueuse décollée amincie sur une certaine étendue, ou à plus forte raison perforée déjà, il ne faut pas hésiter à pratiquer cette section. Mais, dans nombre de cas, elle sera inutile et l'incision simple suivie de tamponnements, faits soigneusement à la gaze iodoformée, suffira à assurer la guérison sans fistule.

Les abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur, causés, d'après Pozzi, par les ulcérations rectales et la rectite, par les péri-phlébites hémorrhoïdaires internes, par la prostatite ou la vésiculite, ont une marche généralement lente, et pourraient, à la rigueur, être classés dans les abcès subaigus. Tantôt ces abcès remontent vers le bassin et envahissent une fosse iliaque, ou compriment la prostate, en provoquant des crises de dysurie et même de rétention complète. Tantôt et le plus souvent, ils pénètrent dans l'espace pelvi-rectal inférieur, en traversant les fibres du releveur de l'anus et vont s'ouvrir à la peau en décollant le grand fessier, plus ou moins loin de l'anus.

Ici, on comprend que l'incision ne peut être efficace, si la cavité n'est pas explorée avec le doigt et avec la sonde cannelée ; car il est nécessaire de trouver la boutonnière du releveur de l'anus ; c'est un abcès en bissac, en bouton de chemise, qui demande à être transformé en abcès simple, par l'élargissement, par le débridement de l'isthme musculaire. Si l'ouverture n'est pas suffisante, une fistule s'établit et demeure longtemps intarissable, d'autant qu'elle est habituellement très profonde ; elle peut atteindre 10 centimètres et même davantage, dans l'épaisseur des parties molles du petit bassin. Le doigt introduit très haut dans le rectum perçoit généralement au niveau de la poche profonde un épaississement très considérable des tissus, surtout si l'on a eu soin d'introduire en même temps, un stylet dans le trajet fistuleux.

Lorsque l'incision a pu être faite avant l'établissement de la fistule, il faut faire des lavages avec une solution très chaude d'acide borique, concentrée, ou bien de microcidine à 5/1000. Le sublimé pourrait présenter des dangers. On fait ensuite un tamponnement soigné avec des lanières de gaze iodoformée.

II

Abcès tuberculeux et fistules.

Un très grand nombre d'abcès de l'anus sont dus à des gommes bacillaires tuberculeuses. Ce sont des collections à marche chronique, évoluant sourdement comme des abcès froids, et ne donnant, pour ainsi dire, lieu à aucun symptôme avant de s'ouvrir à l'extérieur. C'est généralement la fistule, qui par les écoulements purulents irritants qu'elle amène, éveille l'attention du malade et le détermine à consulter. L'étude de ces abcès se confond donc entièrement avec celle des fistules de l'anus.

Nous ne nous étendrons pas sur le prurit et les érythèmes produits par l'écoulement purulent, nous considérerons seulement le malade au point de vue de sa ou de ses fistules. Pour constater l'existence de l'orifice cutané de la fistule quand il y en a un, il faut souvent examiner les plis radiés et le pourtour de l'orifice anal avec beaucoup de soins. On trouve la plupart du temps, une sorte de petite saillie, de petit tubercule au sommet ou à la base duquel on aperçoit une gouttelette de pus, surtout, si avec un doigt introduit dans le rectum, on exerce de légères pressions de ce côté. Il arrive fréquemment qu'au lieu d'un orifice, on trouve deux ou trois petits orifices, d'où il est facile de faire sourdre quelques gouttelettes de liquide puriforme. On voit ainsi quelquefois un anus comme entouré d'une éponge purulente avec des orifices fistuleux multiples, qu'on a désigné sous les noms plus ou moins imagés de terrier de lapin, de pomme d'arrosoir, etc.

L'exploration au stylet est de toute nécessité.

Un doigt est introduit dans le rectum, d'abord à 1 centim. au-dessus de l'anus, tandis que de l'autre main, on enfonce lentement le stylet dans l'orifice fistuleux. L'extrémité du stylet doit être recherchée alors avec le doigt rectal. On constate alors que la fistule est borgne externe, c'est-à-dire, sans communication directe, sans orifice rectal, ou bien qu'elle est complète et qu'elle possède un orifice rectal. Il est, de plus, absolument important de se rendre compte : 1° de la hauteur exacte à laquelle elle correspond par rapport au rectum, 2° des diverticules qu'elle peut présenter. Cette recherche doit être faite avec beaucoup de douceur, afin de ne rien déchirer avec le stylet.

Dans un certain nombre de cas, le malade a notoirement une fistule et on ne peut parvenir à trouver l'orifice. Le doigt, introduit dans le rectum, parvient souvent alors à dépister une petite saillie tuberculeuse interne : l'orifice de la fistule est rectal, seulement ; c'est une fistule borgne interne. On recourbe alors légèrement l'extrémité du stylet et on l'introduit le long du doigt rectal dans l'orifice anal ; puis ce doigt servant de conducteur on cherche en tâtonnant l'orifice fistuleux.

Quel sera le traitement de ces diverses variétés ? Tout a été essayé, caustiques, injections, cautérisations, incisions, écrasement linéaire, ligature élastique, excision et l'on peut dire que tous ces procédés ont donné des guérisons et autant d'échecs. Il est certain qu'une fistulette borgne externe ou une fistule complète ne remontant pas à plus de 1 ou 2 centimètres audessus de l'anus, guérit merveilleusement par tous les procédés ; le plus simple et le plus sûr est évidemment l'incision au bistouri ou au thermo-cautère de tous les tissus compris entre l'orifice anal et l'orifice fistuleux, y compris le sphincter. Une sonde cannelée est introduite par l'orifice cutané de la fistule et poussée dans la direction du rectum jusqu'à la muqueuse. On perfore cette muqueuse avec l'extrémité de la sonde cannelée qu'on fait ressortir par l'anus et on incise tout jusqu'à la cannelure ; on lave avec soin, on tamponne à la gaze iodoformée et on administre largement l'opium sous forme d'extrait thébaïque pour constiper le malade. Le pansement est renouvelé tous les jours ; la plaie se cicatrise au bout de 15 à 20 jours par bourgeonnement.

Mais cette opération est douloureuse, elle nécessite l'emploi du chloroforme et le secours d'un aide. Combien nous préférons la ligature élastique !

Un stylet aiguillé muni d'un fil de caoutchouc rouge suffisamment résistant est introduit par l'orifice cutané et poussé vers le rectum, puis on le fait ressortir par l'anus en tirant avec lui le fil élastique. Un nœud de fil est jeté sur les deux chefs de l'anse élastique ainsi constituée et modérément serrée. Deux ou trois jours après, on remonte le nœud plus haut en augmentant la striction du fil élastique. On recommande simplement au malade de se laver fréquemment la région avec de l'eau boriquée ou de l'eau d'écorce de chêne ou de tannin, et de saupoudrer la peau avec de la poudre de bismuth ou d'oxyde de zinc. Chaque jour, on essaie de serrer davantage le fil en procédant toujours avec une sage lenteur afin de ne pas comprimer trop brusquement les tissus. Au bout de douze à quinze jours, le fil tombe, les téguments sont coupés, et les tissus profonds se cicatrisent. Un pansement vaseliné est appliqué et la guérison complète arrive rapidement. Ici, point d'opération douloureuse, point de chloroforme, point d'aide ; le malade peut continuer à vaquer à ses occupations pendant toute la durée du traitement.

Malheureusement ce traitement simple ne peut convenir aux fistules siégeant assez haut dans le rectum et à plus forte raison aux fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur. Dans ce cas, une opération grave est nécessaire ; il faut recourir à l'incision large et profonde au thermo-cautère sur la sonde cannelée et explorer avec soin les diverticules borgnes internes ou sous-muqueux. Les fistules multiples, les terriers de lapin sont justiciables de ce traitement. Tous les orifices doivent être soigneusement recherchés et incisés vers l'anus au thermo-cautère. Le rectum est lavé avec beaucoup de minutie à l'eau boriquée ou chloralée à 1/100, les plaies bien garnies de lanières de gaze iodoformée et une compression légère exercée avec de gros tampons d'ouate hydrophile maintenus par un caleçon de tricot. La constipation doit être recherchée par tous les moyens possibles.

Pour les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur, Gerdy et après lui Richet employaient l'entérotome de Dupuytren, la branche mâle était introduite par la fistule, la branche femelle par le rectum, on serrait fortement la vis de pression et on abandonnait l'instrument en l'enveloppant de linge à pansement, jusqu'à ce que la section ait été obtenue, c'est-à-dire au bout de 6 ou 8 jours. Mais nous aussi, nous abandonnons l'instrument et le procédé ; l'antisepsie moderne a permis de réaliser de grands progrès dans le traitement des fistules de l'anus comme dans les autres parties de la thérapeutique chirurgicale.

On cherche aujourd'hui à obtenir la guérison des fistules de l'anus pelvi-rectales inférieures et pelvi-rectales supérieures par l'incision antiseptique et la réunion par première intention. Tout récemment, M. Nicaise entretenait la Société de chirurgie des résultats remarquables obtenus par ce procédé tout moderne. Il y a d'ailleurs plusieurs années que les chirurgiens font des essais dans ce sens (1).

Pour obtenir un tel succès, il faut exagérer les précautions antiseptiques.

Pendant les trois jours qui précèdent l'opération, on fait prendre chaque matin une purgation légère, 2 verres d'une eau purgative ; puis on fait, matin et soir, un lavage du rectum avec une solution saturée d'acide borique. Après chaque garde-robe, on fait un même lavage. Dans l'intervalle des garde-robes le malade maintient en permanence une mèche de gaze iodoformée dans l'anus et une compresse trempée dans une solution à 1/1000 de sublimé. Le malade prend un bain le matin de l'opération. Après avoir dilaté l'anus, on le maintient largement béant avec un écarteur ; puis on procède à la dissection du ou des trajets fistuleux. Lorsque cette dissection est impossible, on fait un raclage minutieux des trajets avec la curette tranchante. Pour éviter une inondation fécale, on peut introduire, avant toute incision, un fort tampon de gaze iodoformée

(1) *Concours médical* 1888, page 476.

formant exactement la lumière du rectum au niveau de l'extrémité profonde de l'écarteur.

Les sutures sont faites suivant deux plans : un plan muqueux, refermant la paroi postérieure du rectum, un plan cutané perpendiculaire au premier. On fait les sutures soit avec du catgut, soit avec du crin de Florence (sutures à points séparés).

La suture faite, on effectue un lavage avec du sublimé, puis on retire le tampon rectal souillé et on le remplace par un tampon de gaze iodoformée propre, dans lequel passe une sonde de caoutchouc rouge qui permet aux gaz de sortir sans inoculer la plaie. Puis on introduit une mèche iodoformée enduite de pommade boriquée ; on recouvre le tout de gaze iodoformée, ou mieux d'ouate hydrophile trempée dans une solution de sublimé. Un bandage en T maintient le pansement. Le malade est couché sur le dos, les jambes légèrement fléchies et rapprochées.

La température doit rester normale.

Comme régime, on donne au malade de la viande saignante, ou crue, peu d'aliments, peu de liquides. On prescrit des pilules d'extrait thébaïque, de 0,05 à 0,10 centigr. par jour. — On peut également donner les cachets de naphtol, comme le recommande le professeur Bouchard pour la désinfection intestinale, ou la préparation suivante que recommande Longo :

Iodoforme..........	2 grammes.
Coumarine..........	0, 50 centigr.
Extrait d'absinthe....	Q S.

F. S. A. 36 pilules, 4 par jour.

Les premières garde-robes sont facilitées avec une légère purgation, et des lavements auxquels on ajoute une cuillerée d'huile d'olive, ou de glycérine ou avec une solution de chloral au centième (Longo).

Si avant la réunion le sujet allait à la garderobe, il faudrait aussitôt pratiquer un lavage au sublimé (solution au 1/1000) et renouveler le pansement en appliquant un nouveau tampon rectal pour remplacer celui qui aura presque toujours été chassé par les matières fécales.

En résumé, c'est une excellente méthode pour qui veut s'astreintre aux règles de l'antisepsie : si le chirurgien surveille attentivement son malade, s'il est rapidement résolu à ne pas poursuivre la réunion par première intention lorsque survient une complication (suppuration, rétention du pus), cette méthode ne présente en cas d'insuccès d'autres dangers que celui de ramener le patient dans les conditions où il aurait été si on l'avait traité immédiatement par l'incision simple sans suture (Verchère).

La section de l'anneau sphinctérien, amène toujours de l'incontinence des matières fécales : mais cet accident n'est pas durable, l'anus reprend vite ses fonctions. Les derniers résultats obtenus sont encore plus satisfaisants au point de vue de la réparation complète des tissus.

Le régime alimentaire abondant et le traitement par l'huile de foie de morue et le vin créosoté sont également nécessaires pour combattre la tuberculose, cause première de la lésion anale. La prophylaxie est simple : fonctionnement régulier quotidien du rectum et propreté minutieuse par des lavages à la décoction d'écorce de chêne ou au sublimé au 1/1000.

III.

ABCÈS OSSEUX ET FISTULES OSTÉOPATHIQUES.

Provoqués par des lésions osseuses de l'os iliaque, des pubis, des branches ischio-pubiennes, ces abcès évoluent très lentement comme des gommes tuberculeuses. Le diagnostic est généralement facile à faire au moyen de l'exploration au stylet ou à la sonde cannelée. On trouve au fond de la fistule une surface osseuse dénudée, rugueuse, l'intervention sera médicale et chirurgicale : médicale pour le traitement tonique par la créosote, l'iodoforme, l'huile de foie de morue ; chirurgical pour les débridements et le drainage. Parfois on est amené à extirper des séquestres osseux ; les injections de teinture d'iode, de chlorure de zinc au 1/10, d'éther iodoformé, d'acide lactique à 1/3 sont excellentes pour désinfecter ces trajets fistuleux et provoquer leur cicatrisation. Il n'y a pas de traitement particulier pour les cas rares ; c'est le grattage, la rugination, l'extirpation des séquestres, comme dans toutes les ostéites qui doivent être exclusivement et patiemment employés.

CONCLUSIONS.

A. Les abcès superficiels de l'anus demandent à être examinés avec soin, c'est-à-dire par le toucher rectal pratiqué avec douceur et lenteur, car ils peuvent remonter plus ou moins haut au-dessus du sphincter anal et réclamer une intervention plus radicale que des abcès de toute autre région.

B. La thérapeutique de choix pour les fistules anales est la réunion par première intention après ouverture large et antiseptique du trajet, même dans le cas de fistules pelvi-rectales supérieures.

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Rapport du Conseil d'administration

Errata

Dans le dernier n° 46 du « Concours médical », à l'*énumération des valeurs en portefeuille*, tant pour la Société civile, que pour la Caisse de prévoyance des assurés sur la vie, il s'est glissé les erreurs d'impression suivantes :

1° Obligations foncières 1883, au lieu de 682.122 à 682.123 lire 682.132 à 682.133.

2° Obligations communales 1880, *effacer* le n° 89.947 ajouté par erreur.

3° Au lieu de : Obligation communale 1860, lire Obligation communale 1892 (*libérée*).

4° Au lieu de: Obligation foncière 79, n° 473.149 lire : Obligation foncière 77, n° 41.568.

L'exercice illégal.

Parmi les nombreuses personnes qui se livrent à l'exercice illégal de la médecine, on ne trouve pas seulement des rebouteurs et des sorciers, des marcous ou des religieuses, on rencontre souvent aussi des personnes qui, par leur profession, côtoient l'art médical, sans avoir pour cela plus de compétence.

Ici, c'est un dentiste, là, une sage-femme : et ces titres professionnels qui, aux yeux de certaines gens peuvent en imposer, donnent à ceux qui les

portent, un aplomb — *un toupet* serait le terme exact — qui vraiment déconcerte.

Et le pis, c'est que ces médicastres rencontrent parfois un appui près des municipalités, près de certaines autorités dont le devoir serait précisément de réprimer leurs écarts.

Faut-il citer un exemple entre mille :

A Saint-Denis du Sig, petite ville de six mille habitants, dans le département d'Oran, exercent deux médecins ; mais une très grande partie de la clientèle recourt aux lumières (!) d'une sage-femme de seconde classe qui, depuis trente années environ, visite les malades, formule des diagnostics et signe des ordonnances.

Dès mes débuts dans cette résidence, écrit le Dr Péretti, mon étonnement a été très grand à la vue d'une pauvre femme ignorante, active et dépourvue de scrupules qui médicamente à tort et à travers, vend des remèdes, fait des ordonnances qui sont reçues par les pharmaciens et juge du haut de son impudente audace la valeur de mes actes comme médecin et chirurgien, critiquant sournoisement et systématiquement.

Comme toutes les personnes ignorantes — d'où aurait-elle tiré son savoir ? pas de son instruction — et encouragée d'ailleurs par l'impunité, elle est souverainement audacieuse : elle se passe de l'aide d'un docteur pour les accouchements difficiles, applique le forceps et pratique la version.

On refuse ce droit à un officier de santé, mais une sage-femme de seconde classe n'a pas à s'occuper de la loi !

Elle signe des ordonnances — j'en ai plusieurs exemplaires entre les mains — et j'y lis :

Potion fortement laudanisée.

Ou encore :

Chloroforme, laudanum, baume tranquille, en tout cent grammes.

etc., etc.

C'est grotesque, mais c'est aussi profondément triste, car la vie de beaucoup de personnes se trouve entre de pareilles mains.

La tolérance, dont on a usé jusqu'à présent vis-à-vis de cette accoucheuse, est absolument préjudiciable au public qui en est arrivé à croire qu'elle est dans son droit en agissant ainsi et que, loin d'être dangereuse et nuisible elle est, au contraire, en possession de la science infuse et très entendue en médecine.

Il faut que ce scandale finisse, et je suis décidé, pour ma part, à faire poursuivre des délits sans cesse répétés et à réclamer des dommages-intérêts que je verserai à nos sociétés médicales ou au Bureau de bienfaisance.

Nous approuvons hautement le Dr Péretti de sa résolution, nous sommes même étonnés que son confrère, maire de la commune, paraît-il, n'ait pas pris les devants.

Mais vu l'état de la législation que pourra-t-il obtenir ? une condamnation à 16 francs d'amende ! La loi Chevandier est sur le point d'être promulguée; qu'il attende encore quelques semaines : il pourra du moins obtenir une condamnation qui ne sera pas ridicule et qui mettra la délinquante, en cas de récidive, sous le coup de peines qui lui ôteront l'envie de recommencer.

Il faut bien qu'on le sache : poursuivre l'exercice illégal, c'est faire œuvre de salubrité publique. Si le premier ignorant venu peut soigner les malades, pourquoi l'Etat exige-t-il des études longues et coûteuses, des examens multiples ? Si ces garanties sont utiles — et nul n'oserait soutenir le contraire — il faut traquer impitoyablement ceux qui, par leur ignorance et leur audace, risquent, chaque jour, de véritables homicides. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que dans leur clientèle se trouvent des faibles, des vieillards, des enfants, et que ceux-ci doivent quand même être protégés.

BULLETIN DES SYNDICATS

L'Assistance médicale dans la Loire-Inférieure.

A partir du 1er janvier 1893, le service de l'Assistance médicale et pharmaceutique va commencer à fonctionner dans le département de la Loire-Inférieure. Les dernières instructions relatives à son organisation ont été données par M. le Préfet de la Loire-Inférieure, et il y a quelques jours nous les résumions ici même.

Au moment où va se réaliser dans notre département un progrès aussi considérable, au moment où une amélioration vraiment démocratique va être obtenue, il nous semble intéressant de retracer la genèse de la question, de rappeler les diverses phases par lesquelles elle a passé.

Si elle a trouvé dans M. Georges Cleiftie, préfet de la Loire-Inférieure, et dans ses deux prédécesseurs, MM. Rivaud et Glaize, de dévoués protecteurs, qui n'ont rien négligé pour la faire aboutir, l'idée de l'Assistance médicale est éclose au sein de l'*Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure*, que préside avec tant de distinction et de zèle M. le docteur Porson.

C'est d'ailleurs à M. le docteur Porson que revient tout d'abord le mérite de l'avoir formulée.

Au cours de la séance du 2 mars 1888, où il remplaçait au fauteuil de la présidence de l'Association syndicale M. le docteur Teillais, M. Porson, dans son discours d'installation, signalait à ses collègues, au nombre des questions qui devaient attirer leur attention et devenir l'objet de leurs soins « la question si intéressante de l'assistance médicale dans les campagnes ».

L'idée ne dormit pas longtemps ; à peine fut-elle née que le syndicat s'efforça d'en mener à bien la réalisation.

A la fin de 1888, M. Glaize, alors préfet de la Loire-Inférieure était saisi du problème et déléguait au Syndicat des médecins de la Loire-Inférieure le soin de l'étudier. Une *Commission départementale de l'Assistance publique* fut créée, à ces fins, par un arrêté préfectoral du 20 mai 1889, et se mit aussitôt à l'œuvre.

L'arrivée de M. Georges Cleiftie dans notre département donna une nouvelle impulsion aux travaux en cours. Dès la première visite que lui fit le bureau du syndicat, au moment où il prenait possession de son poste, M. Cleiftie témoigna de sa sollicitude pour l'assistance médicale dans les campagnes ; il venait de la Vienne, où il avait précisément réussi à créer le service qu'on tentait d'établir dans la Loire-Inférieure. Il promit à ses visiteurs son concours dévoué et tint parole.

A la session d'août du Conseil général, M. Cleiftie, pour faciliter la tâche de la commission, sollicitait le vote d'un crédit de 400 francs destiné à couvrir les frais nécessaires. Cette subvention fut accordée sans discussion par le Conseil, sur l'exposé que fit M. le préfet.

Stimulée encore par cet encouragement, qui lui procurait le moyen de travailler efficacement, la commission, que présidait M. le docteur Teillais, ne tarda pas à être en mesure de présenter au Conseil général le projet complet qu'elle avait élaboré. C'est M. le docteur Porson qui fut choisi comme rapporteur.

Ce projet, on le sait, est venu en discussion au cours de l'avant-dernière session de notre assemblée départementale, au mois d'avril.

Le projet trouva devant le Conseil général un appui précieux, celui de M. le Préfet.

A la séance d'avril, on ne fit qu'effleurer, pour ainsi dire, la question ; on accepta seulement le principe posé et on renvoya le projet, pour examen complet, à la Commission départementale.

Là, il rencontra un accueil très favorable ; M. le docteur Gabory, choisi comme conseiller rapporteur, l'appuya de toutes ses forces. Il avait besoin de ce soutien énergique.

Quand il revint, en effet, au mois d'août, devant le Conseil général, des discussions assez mouvementées s'engagèrent. L'assistance médicale avait ses chauds partisans ; elle avait aussi ses détracteurs. Ces derniers regretteront certainement, s'ils ne déplorent déjà, l'opposition systématique qu'ils firent à un projet essentiellement libéral et démocratique.

Après trois longues séances, fertiles en débats passionnés, le vote du projet fut définitivement acquis. Nous avons à ce moment donné un compte rendu assez détaillé de ces débats pour n'avoir pas à y revenir longuement. Nous avons aussi analysé le règlement qui va être mis en vigueur au 1er janvier ; nous avons expliqué le fonctionnement du service.

Nous allons en reparler en quelques mots.

Dans chaque commune, une liste est établie, qui porte les noms de tous les indigents susceptibles de recevoir des soins gratuits ; c'est une commission présidée par le maire et composée de trois représentants du conseil municipal, d'un représentant du préfet, d'un médecin et d'un pharmacien désignés par les autres membres qui arrête cette liste et la transmet au préfet pour approbation.

Le malade demeure libre de choisir son médecin, son pharmacien, sa sage-femme parmi ceux qui ont adhéré au service médical. Le service est fait au moyen de deux feuilles détachées d'un livre à souche, et délivrées soit par le maire, soit par son délégué chaque fois qu'un indigent a des soins à demander.

L'une de ces feuilles est appelée *feuille de maladie* ; l'autre *billet de visite* ; la première reste au domicile du malade jusqu'à la fin de la maladie ; la seconde est conservée par le médecin. Elles serviront à établir plus tard les mémoires. Toutes deux portent le numéro de la liste des indigents, les nom et prénoms du malade, la distance kilométrique de son domicile à celui du médecin le plus proche, et le nom du médecin choisi.

Même liberté est laissée aux intéressés pour le choix du pharmacien, à condition que ce pharmacien ait accepté les tarifs établis. Les ordonnances, faites, dit le règlement, sur une feuille de papier quelconque, doivent, en outre des prescriptions et de la signature du médecin, porter le numéro de la liste, les nom et prénoms des malades, la date de la visite.

Les notes des médecins et pharmaciens doivent, tous les ans, être fournis aux maires, qui les transmettront immédiatement à la préfecture, avant le 15 janvier, sous peine de déchéance. Elles sont accompagnées d'un bordereau récapitulatif.

Elles seront revisées par une commission centrale de vérification siégeant au chef-lieu du département, composée de trois docteurs et de trois pharmaciens, et présidée par un délégué de l'administration.

Les tarifs sont arrêtés à un chiffre très minime : 1 fr. par visite dans l'agglomération et un périmètre de 1 kilomètre de rayon, plus 50 centimes par kilomètre, sans retour, la distance kilométrique étant celle qui existe entre le domicile du médecin le plus voisin et le domicile de l'indigent ; 50 centimes par consultation.

La nuit, le prix des visites est double, sans que le tarif kilométrique soit augmenté.

Le budget du service se compose de fonds votés par les communes intéressées ou par les bureaux de bienfaisance de ces communes qui devront verser 1 fr. 50 par tête d'indigent porté sur les listes dressées dans les conditions que nous avons dites, plus haut, et, en outre, d'une somme égale votée par le Conseil général.

C'est donc en quelque sorte une mutualité entre les communes et le département que crée le projet adopté par le Conseil général. L'idée est très libérale et très progressiste. On permet ainsi aux communes pauvres et chargées d'indigents d'être secourues à l'égal des communes plus riches et mieux dotées.

L'œuvre a été créée de toutes pièces. Rien n'existait avant le vote du Conseil général. Dans les grandes localités, plus favorisées et dotées de bureaux de bienfaisance, il n'y avait que demi-mal : mais c'était là une très minime exception et, de plus, rien n'était réglementé, et souvent même de lourdes charges incombaient aux médecins dévoués qui donnaient leurs soins sans garantie aucune de paiement, à leurs risques et périls.

Du coup aussi, la situation morale des indigents est relevée ; on leur laisse une réelle indépendance, puisqu'ils ont le libre choix du pharmacien et du médecin ; on les allège de toute obligation envers tel ou tel ; c'est la commune, c'est la collectivité qui leur dispense les secours auxquels ils ont droit.

Enfin on leur permet de recevoir les soins d'hommes éclairés, instruits, on tend à supprimer l'intervention du rebouteur, du raccommodeur de bras et de jambes, du charlatan et du sorcier.

En cédant aux suggestions de l'opinion publique, qui depuis longtemps réclamait l'adoption d'une pareille mesure, le Conseil général a fait de bonne et d'utile besogne. Si quelques-uns de ses membres ont d'abord accueilli le projet avec froideur, ils se réjouiront de s'être laissé entraîner, quand ils verront les bienfaits dont bénéficieront les pauvres.

Il faut louer hautement M. le Préfet de l'ardeur qu'il a mise à défendre un projet qui était un peu son ouvrage, et le Syndicat des médecins, qui a montré que les préoccupations corporatives n'absorbaient pas tous ses soins.

Association syndicale des médecins de la Seine

Note au sujet des cliniques, dispensaires et Hôpitaux, pour être mise sous les yeux de Messieurs les conseillers municipaux de la ville de Paris.

L'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine, croit être l'interprète de tous en rendant un hommage public au dévouement et à la sollicitude du Conseil municipal pour les déshérités de la fortune : tel qui voudrait dresser la liste des bienfaits de nos élus s'engagerait dans une œuvre de longue haleine, devant laquelle nous serons obligés de reculer.

Nous nous réserverons le domaine de la médecine, qui est le nôtre, et là nous trouverons aussi la main généreuse du Conseil : nous avons vu qu'il n'a point ménagé ses subsides et qu'il a subventionné largement les policliniques, les dispensaires, sans compter d'énormes sacrifices pour les hôpitaux.

Le Syndicat des médecins de la Seine, qui tient à affirmer son dévouement désintéressé aux malheureux, ne pouvait qu'approuver ces libéralités destinées, dans l'esprit du Conseil, à soulager l'humanité pauvre et malade.

Cependant, de nombreuses voix se sont élevées pour dire le mécontentement de voir que les intentions du Conseil municipal étaient faussées et que ses largesses étaient déviées du but qu'il leur avait assigné.

Justement ému de ces affirmations, le Syndicat des médecins de la Seine a cru remplir un devoir en mettant la question à l'ordre du jour ; par suite, deux rapports excellents, dus à la plume du Dr Fissiaux et du Dr de Beurmann, ont été déposés sur le bureau du Syndicat. Les rapporteurs, dans l'intérêt de la vérité, ont déchiré tous les voiles et résolûment signalé de nombreux abus dont le Conseil municipal doit être informé, suivant décisions prises *à l'unanimité* des Assemblées plénières du Syndicat, après discussions longues et sérieuses.

La preuve est faite, par ces rapports consciencieux, qu'une grande partie des fonds alloués aux policliniques par le Conseil municipal est gaspillée par des non-indigents.

Il est facile de s'en convaincre en parcourant la statistique du service de rhinologie, otologie et laryngologie de la Policlinique de Paris : sur 941 malades traités, il existait 190 individus sans profession et 6 rentiers, c'est-à-dire que le cinquième des individus soignés gratuitement était fourni par des personnes qui auraient pu sûrement rémunérer le médecin, qui les aurait vus en dehors de la policlinique..... Cette statistique ne comporte les malades que d'un seul service ; ces proportions doivent se retrouver dans les autres branches de la policlinique. (*Rapport Fissiaux.*)

La preuve est faite également pour les hôpitaux. L'abus est plus grand encore et le bien des pauvres est dévoré à belles dents.

L'administration de l'Assistance publique étant destinée à venir en aide aux indigents, ne doit aucune espèce de soins gratuits aux malades qui sont en état de payer leur médecin et leurs médicaments.. . En réalité, les malades qui n'ont droit ni aux secours pécuniaires, ni à l'entrée dans les établissements hospitaliers de l'Administration, n'ont pas droit aux consultations qui y sont données et devraient en être exclus.

Combien différente est la pratique ! Les médicaments délivrés gratuitement dans certains hôpitaux et dans les dispensaires, les bains donnés si libéralement, les pièces de pansement coûteuses employées par les consultations externes, représentent une grosse dépense, dont une partie est indûment causée par les malades auxquels l'Assistance publique ne doit rien. (*Rapport de Beurmann.*)

La discussion a dévoilé des faits précis dont le détail pourrait remplir de gros volumes.

Ici, on voit des artistes du Théâtre-Français allant régulièrement se faire traiter à l'hôpital Saint-Louis.

Plus loin, un monsieur jouissant de vingt-cinq mille francs de rente fait entrer sa femme dans un grand service de chirurgie, et s'en tire avec un mois d'hospitalisation à 3 fr. 50, alors qu'il a coûté à l'Administration 400 ou 500 francs.

Un autre, plus qu'aisé, va se faire traiter d'une fracture au bras ; il prend, à l'hôpital, appareil, profusion de bandes, d'ouate, et recommence jusqu'à guérison.

Un avocat, fort riche, est blessé sur la voie publique et porté à l'hôpital Saint-Louis. Il n'y demeure que le temps nécessaire pour le pansement, mais il y revient tous les jours, dans son coupé, emportant appareils et objets de pansement.

Une femme, ayant huit mille francs de rente, est opérée d'un kyste de l'ovaire, dans un hôpital : on ne lui demande rien. A son départ, elle emporte des objets de pansement, *de la viande et une gratification !!*

Mille autres faits seraient à étaler au grand jour et établiraient la contagion de l'exemple.

Quant aux dispensaires, les gens relativement aisés ne se gênent point pour y envoyer leurs enfants et s'approvisionner de médicaments, puisque « ça ne coûte rien ».

Nous pourrons revenir, plus tard, sur ce sujet.

En vérité, est-ce pour les riches et les aisés que le Conseil municipal subventionne les policliniques, les dispensaires, et s'épuise à soutenir les hôpitaux ?

Le Bureau du Syndicat des médecins de la Seine ayant la mission formelle, au sujet des policliniques, de faire *les démarches nécessaires pour obtenir des pouvoirs publics qu'aucune subvention ne soit accordée à ces sortes d'établissements, parce que l'indigent trouvera toujours des soins gratuits, soit à l'hôpital, soit au bureau de bienfaisance*, croit devoir insister sur la question des policliniques.

Que sont donc les policliniques, qui ont reçu, au grand étonnement de beaucoup, l'investiture de l'affiche blanche ?

Avant d'aller plus loin, il est bien entendu « que « les membres de la Commission n'entendent faire « ici aucune personnalité ; qu'ils sont tous d'ac« cord pour reconnaître la parfaite honorabilité « de tous les confrères qui se sont mis en avant « dans les diverses cliniques instituées. Ils dési« rent que l'on soit bien persuadé que le but con« tre lequel ils visent est l'institution elle-même « et non les personnes qui la dirigent. » (*Rapport Fissiaux.*)

On a pu dire, dans la discussion : « Les polocli« niques passent pour des établissements de bien« faisance. En réalité, ceux qui les fondent son« gent surtout à leur intérêt personnel et aux ré« compenses honorifiques qu'ils peuvent obte« nir. »

Un journal a imprimé ces lignes :

La policlinique n'est que la conséquence même de l'encombrement. Elle n'est philanthropique que d'étiquette. Ceux qui se groupent ainsi sont des habiles : las d'attendre à domicile une clientèle qui ne viendrait pas, ils ouvrent de vastes dispensaires où ils droguent indifféremment riches et pauvres, avec l'idée de retenir pour leurs consultations privées les plus fortunés.... Ce ne sont pas des petits manteaux-bleus ; nul ne s'y trompe.... ils ont l'esprit de conserver ce masque charitable qui va si bien aux docteurs.... Ils se déguisent en médecins des pauvres pour chercher les riches.

(Paris, 17 avril 1892.)

Qu'on veuille bien nous permettre de citer encore la *Quinzaine médicale* du 1er juillet 1892 :

Si, en retour du monopole accordé par l'Etat, ou plutôt chèrement vendu par des années d'étude au médecin, l'Etat exige de lui certains services, il faut avouer que les services constituent des abus qui pèsent lourdement sur l'exercice de la profession.

Ni l'*Etat*, ni les *communes* n'ont le droit de socialiser la médecine, c'est-à-dire de faire aux médecins, en partie avec l'argent de leurs patentes et de leurs contributions, une concurrence aussi *désastreuse* qu'*illégale*.

La commune n'a qu'un droit, secourir les *indigents*. Or, n'est indigent que celui qui : « 1° ne paye aucune contribution ; 2° ne possède rien et est incapable de gagner sa vie. »

A ceux-là, la société doit aide et protection, c'est-à-dire : logement, nourriture, soins.

Nous contestons absolument, en l'état actuel de notre législation, à l'*Etat* et aux *communes* le droit d'établir des dispensaires, cliniques ou de *subventionner* de pareils établissements, sauf lorsque *seuls* les indigents régulièrement inscrits aux Bureaux de

bienfaisance peuvent y être admis. Notez bien que c'est absolument la doctrine reconnue pour les boulangers, bouchers, logeurs (on se souvient de leurs réclamations contre les asiles de nuit !) et même les pharmaciens.

Mais ce qui est illégal pour l'*Etat* ou les *communes*, est licite pour les particuliers.

Tout médecin, comme tout boulanger, a le droit strict de faire l'aumône de sa science ou de son pain à qui bon lui semble. On ne saurait jamais aller bien loin, l'intérêt personnel y mettant des limites.

Est encore discutable et bien abusif le droit pour les particuliers de fonder des institutions dites charitables, telles que les fondations Furtado-Heine et Pereire, où sont admis les indigents et aussi ceux qui ne le sont pas.

Pour comprendre ce qu'il y a d'abusif et jusqu'à un certain point d'illégal dans de pareilles fondations, supposons qu'un richard X..., la conscience tourmentée d'argent mal acquis dans la spéculation sur les farines, veuille ruiner tous les boulangers d'un quartier, en faisant le *bien* !

Il y consacre quelques dizaines de mille francs par an, fonde une boulangerie gérée par des employés à appointements fixes, et vend le pain ordinaire et surtout celui de fantaisie à 10 centimes au-dessous du cours. Avec 100,000 francs de perte par an, il peut occasionner 10 millions de faillites. Croit-on que le gouvernement ne finirait pas par intervenir?

Quels remèdes apporter à cet état de choses qui irait toujours en empirant ?

Supprimer les subventions aux policliniques et dispensaires. Employer les fonds ainsi disponibles à l'achat du matériel des bureaux de bienfaisance, qui est nul, à l'amélioration de la position des médecins du bureau de bienfaisance, auxquels l'Administration demande beaucoup contre une faible indemnité.

Rappeler à la clientèle des hôpitaux, par voie d'affiches ou autrement, que les indigents seuls sont admis dans les divers services de l'Assistance publique, et tenir la main à l'application des règlements.

En conséquence, le Bureau de l'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine prend la liberté de déposer, entre les mains du Conseil municipal, la pétition suivante :

« Les médecins soussignés, membres du Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, ont l'honneur d'adresser au Conseil municipal de Paris une protestation contre les subventions allouées aux policliniques, pour les raisons suivantes :

« 1° Parce que ces établissements ont été fondés moins dans un but d'intérêt général que dans un but d'intérêt privé ;

«2° Parce que, en qualité de contribuables, les médecins ne peuvent admettre que leurs deniers servent à favoriser des institutions qui leur portent un préjudice considérable ;

« 3° Parce que les bureaux de bienfaisance suffisent amplement à assurer le service des indigents ;

« 4° Parce que le plus grand nombre des consultations est donné à des gens qui ne sont pas nécessiteux et qu'il est immoral d'encourager ce genre de mendicité ;

« Les médecins de la Seine espèrent que le Conseil municipal de Paris voudra bien accueillir favorablement leur pétition, en raison du dévouement dont ils ont toujours fait preuve envers les *vrais pauvres* et de leur attachement traditionnel aux institutions républicaines. »

« Paris, 22 juin 1892. »

Nouveaux Syndicats.

Nous apprenons avec la plus vive satisfaction qu'un Syndicat est en formation dans l'arrondissement de Brives (Corrèze).

Une réunion préparatoire a eu lieu le 22 octobre et un bureau provisoire a été nommé.

Dr L. Prioleau, *secrétaire.*

D'autre part, le Syndicat de la région de Sablé a décidé de provoquer une réunion générale des médecins de la Sarthe pour jeter les bases d'un Syndicat départemental.

Une circulaire en ce sens a été envoyée et un certain nombre d'adhésions se sont déjà produites.

Enfin un Syndicat est constitué à La Bassée (Nord).

REPORTAGE MÉDICAL

La commission sénatoriale de l'exercice de la médecine s'est réunie le 25 octobre dernier, et a été d'avis de soutenir la loi, telle qu'elle revient de la Chambre, sans modifications. M. Cornil, rapporteur, a mission de demander la mise à l'ordre du jour, dès que le gouvernement aura transmis ce projet de loi au Sénat.

— *Etablissement de casiers sanitaires pour les habitations de Paris.* — M. A.-J. Martin vient de proposer à la Commission de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation, un projet de casier sanitaire, répondant ainsi à un désir exprimé précédemment par le préfet de la Seine.

Ce casier comprend pour chaque immeuble : 1° La description sommaire et le croquis ; 2° Le mouvement démographique et sanitaire ; 3° Le relevé des opérations de désinfection opérées ; 4° L'indication du nombre et la nature des systèmes de vidange, du nombre des chutes, ventilateurs et cabinets, du mode d'écoulement des eaux et de l'alimentation en eaux de puits ; 5° La nature de l'eau servant à l'alimentation ou aux usages industriels ; 6° Les signalements faits, en cas de besoin, à la Commission des logements insalubres et la suite donnée ; 7° Les recherches scientifiques pratiquées au point de vue de l'assainissement et de la salubrité ; 8° Les enquêtes sanitaires spécialement faites.

Ces renseignements existent en partie déjà, mais ne sont pas collationnés sur une fiche unique. Pour faire ce travail, une dépense de 80.000 francs serait suffisante, et vingt-huit employés suffiraient à le terminer en un an. Les dépenses ultérieures de fonctionnement ne dépasseraient pas 10.000 francs par an.

Ces casiers doivent pouvoir rendre de grands services. Ils existent d'ailleurs dans d'autres villes, notamment à Bruxelles, Moscou, Le Havre, Saint-Etienne, Nice, Amiens, etc., où ils se sont montrés très utiles.

— *Sociétés d'assistance aux blessés.* — Un décret vient d'être rendu, qui unifie le fonctionnement de ces Sociétés reconnues d'utilité publique, la Société française de secours aux blessés, l'Union des femmes de France, et l'Association des dames françaises. Elles seront appelées à fournir des hôpitaux auxiliaires de campagne, pour recevoir les malades et blessés de l'armée qui n'auraient pas place dans les hôpitaux militaires. La Société française de secours aux blessés conserve en outre le service des infirmeries de gare qui est organisé.

Les médecins traitants seront choisis parmi les docteurs en médecine, les aide-médecins parmi les docteurs et les officiers de santé ; leur nomination devra être agréée par le ministre de la guerre. Mais aucun médecin de réserve ou de territoriale ne pourra y être employé, après la mobilisation.

— *Grève de médecins.* — Les médecins provinciaux de Danemark, ont refusé de continuer leur service, en déclarant qu'ils sont surchargés de besogne, et que les honoraires alloués par l'administration sont insuffisants pour assurer leur existence.

Le *Journal médical de Copenhague* engage les médecins à n'accepter aucun poste, tant que l'administration n'aura pas augmenté la rétribution qu'elle accorde pour les visites médicales.

— *Les médecins français en Chine.* — Il y a quelques mois, dit *l'Indépendance Tonkinoise*, M. Lidin, médecin principal, assisté de M. Péthellaz, médecin de 1re classe, se rendait à Lang-Tchéou, sur la demande de notre consul, pour donner ses soins à la fille du taotaï, dangereusement malade. Une opération nécessaire fut faite et réussit parfaitement. Le taotaï, reconnaissant, a demandé qu'un médecin français, de la marine, fût détaché à Lang-Tchéou pour donner ses soins aux personnes du consulat, de la douane et à la population chinoise. M. Garnier, médecin de 1re classe des colonies, a été désigné par le ministre.

« Quand on sait, dit en terminant ce journal, combien les consuls d'Allemagne à Hong-Kong et à Canton ont essayé d'empêcher le taotaï de choisir un médecin français, avec quel soin les Allemands, à côté de chaque consul, placent un médecin militaire chargé de répandre l'influence allemande en pénétrant peu à peu, par ses services, dans l'esprit de la population chinoise, on comprend toute l'importance qu'a pour l'influence française la nomination d'un médecin français. »

— *La guerre aux ennemis de l'homme par les microbes.* — La chose a été déjà faite en Australie contre les lapins. Elle vient d'être renouvelée en Thessalie où les souris des champs étaient extrêmement nombreuses et menaçaient les récoltes. M. Loffler (de Greifswald) ayant découvert un microbe virulent pour la souris, et pour elle seule, vint en Grèce avec des cultures de ce microbe. Des mouillettes de pain imprégnées de ces cultures furent jetées dans les terriers. Le résultat a été merveilleux : au bout de deux semaines, on ne voyait plus que des cadavres de souris. M. Loffler a bien mérité le surnom de *myoctonos* ou tueur de rats, décerné par Homère à Apollon pour un exploit analogue.

— *Destruction des insectes par l'électricité.* — Cet appareil tout nouveau, dit la *Lumière électrique*, vient d'être breveté en Allemagne ; il se compose d'une lampe à arc, entourée d'un réseau de fils de platine, qui servent ainsi de rhéostat, et ces fils sont portés à une haute température sans cependant devenir incandescents. Les insectes, attirés par la lumière, et ne voyant pas les fils, viennent s'y brûler infailliblement. Dans des expériences faites, on a pu détruire en peu de temps un grand nombre de papillons de nuit, hannetons, etc. Un filet à grandes mailles, qui entoure le tout, empêche les oiseaux d'approcher.

— *Le climat du Japon.* — D'après le Dr Michaut (de Yokohama) le Japon, surtout le Japon central est un des pays les plus insalubres de l'Extrême-Orient. Cela tient aux changements brusques de la température qui peut, dans une même journée, varier de 15 degrés, sans que rien le fasse pressentir ; cela tient aussi à ce que le climat est extrêmement humide : ainsi sur 365 jours, la pluie a duré 181 jours, et le ciel n'est resté découvert que pendant 43 jours ; à Yokohama en 1890, il a plu 216 jours ; l'air est presque constamment saturé par la vapeur d'eau. Les bronchites, les laryngites, la tuberculose pulmonaire sont très fréquentes. Ce sont les affections des organes respiratoires qui donnent le plus grand nombre de décès, après, toutefois, les maladies du système nerveux.

L'Européen qui séjourne au Japon, est touché surtout dans son système nerveux et ses organes respiratoires. Le système nerveux est facilement déprimé, prostré. La tuberculose pulmonaire est fréquente chez l'Européen, et offre une marche rapidement fatale.

En résumé, « tout en étant supérieur au climat de la Cochinchine et des Indes, le climat du Japon reste *inférieur* à celui du Tonkin, à beaucoup de points de vue. »

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3751. — M. le Dr Merveilleux, de Helle-Ville, à Nossi-Bé (Afrique), présenté par M. le Directeur.

N° 3752. — M. Boyé, médecin à Meigneux (Somme), présenté par M. le Dr Brouiller, de Formerie (Oise).

N° 3753. — M. Péborde, médecin à Bordeaux, présenté par M. Lasserre, médecin à Ambès (Gironde).

N° 3754. — M. le Dr Cordier, à Dijon, présenté par M. Chauvenet, médecin à Plombières-les-Dijon.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Petite encyclopédie médicale. — Collection de vol. in-8 raisin, cartonnés à l'anglaise, fer spécial. Prix : **3 fr.**

Volumes parus dans la collection.

Dr PAUL CORNET, professeur aux écoles d'infirmières de la ville de Paris. — **L'Art d'administrer les médicaments aux enfants.**

Dr JACQUES NATTUS. — **Abus de l'hygiène et des médicaments,** ou moyens antihygiéniques de se **conserver la santé.**

Dr MOUNIER. — **Hygiène de l'oreille.** Soins préventifs.

Dr J. BARATOUX. — Guide pratique pour le **Traitement des maladies de l'oreille.**

Hygiène et salubrité de l'École, par le Dr Raoul Laffon, ouvrage couronné par la Société d'hygiène de Paris. Tous ces ouvrages net *franco*, **2 fr. 40** c.

Pour MM. les membres du Concours médical.

Bien qu'il appartienne à la littérature extra-médicale, nous nous plaisons à signaler le livre du capitaine Binger, heureusement revenu de sa 2e mission :

BINGER (Capitaine). — **Esclavage, islamisme et christianisme.** In-8 de 112 pages. Prix : **2 fr. 50.**

Sous ce titre, le vaillant explorateur africain, qui vient de donner à la France un pays trois fois grand comme la mère patrie, publie un ouvrage extrêmement intéressant, dont nous détachons les lignes suivantes qui font frémir :

« Les esclaves sont nus et soumis à toutes les intempéries ; ils marchent en général en file indienne, les uns derrière les autres, retenus par une même corde qui leur passe autour du cou. Les enfants sont ou portés par leur mère, ou bien ils suivent péniblement à pied ; quelles souffrances ils endurent, personne ne le saura jamais. On leur fait faire à pied des étapes de 30 à 40 kilomètres sous un soleil de feu, dans un pays que la guerre vient de dévaster ; une poignée de sorgho ou de maïs constitue leur nourriture, juste de quoi ne pas mourir. Pendant la nuit, ces malheureux sont en général entravés avec la barre de fer ; ceux-là seuls qui n'ont plus la force de se traîner sont laissés libres ou enfermés pêle-mêle dans une case délabrée et sans feu.

« En route, il n'est pas rare de voir les marchands abuser des femmes esclaves qui sont encore valides, quelquefois même ils vont jusqu'à les prêter à d'autres, moyennant une légère rétribution. »

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André

Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année N° 48 26 Novembre 1892

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

DES

Membres du Concours médical et de l'Union des Syndicats.

Chers Confrères,

Le Conseil de Direction du *Concours médical* et le Bureau de l'*Union* ont fixé la date de leur Assemblée générale au *Dimanche 27 novembre, à 2 heures, au Grand-Hôtel, et le Banquet à 7 heures.*

Des questions importantes seront soumises à vos délibérations ; vous comprendrez combien votre présence est nécessaire et nous vous prions de venir, en grand nombre, assister à ces délibérations. On fait souvent appel à l'initiative privée. Toutes les œuvres de nos deux Sociétés ont cette origine.

Nous comptons que vous ferez tous vos efforts pour vous joindre à nous.

Messieurs *les délégués* des Syndicats, qui n'ont pas encore envoyé leurs pouvoirs, sont priés de vouloir bien les remettre au Secrétaire de l'Union, Dr Maurat, en arrivant à la séance, à 2 heures. Ne pourront, en effet, prendre part aux votes de la séance que les délégués régulièrement nommés.

Messieurs les *délégués* et les *membres du Concours* qui désirent prendre part au *banquet* sont également priés de s'inscrire, dans ce but, en arrivant en séance.

Pour les Bureaux de l'Union et du Concours,

Le Directeur, A. CÉZILLY.

LA SEMAINE MÉDICALE

Valeur de la dysphagie dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge.

M. *Garel*, de Lyon, dans un travail important qu'a publié le *Lyon Médical*, pose en principe que l'on doit considérer comme syphilitique tout malade éprouvant de la dysphagie au niveau des amygdales et de l'arrière-gorge, depuis un laps de temps remontant à trois semaines au moins. Les autres affections pouvant entraîner une dysphagie prolongée sont tellement rares qu'elles ne forment que des exceptions à peu près sans importance par rapport aux lésions de la syphilis. Le symptôme a d'ailleurs la même valeur aux trois périodes de la syphilis ; mais c'est surtout pour le diagnostic du chancre infectant de l'amygdale et pour celui des lésions tertiaires que ce signe a une valeur prépondérante.

Quant aux accidents secondaires, d'après sa statistique, la dysphagie ne fait défaut dans aucun cas : c'est le premier signe, qui a attiré l'attention. Non seulement elle a été signalée, mais elle a été notée avant l'examen du malade pour mieux accentuer la valeur attachée à ce symptôme. La durée de la dysphagie indiquée dans les observations varie entre quinze jours et cinq mois. Ce sont les limites extrêmes. La période moyenne enregistrée est de un mois et demi à deux mois. Aussi, lorsque la dysphagie n'a que quinze jours de date, il ne faut se prononcer en faveur de la syphilis qu'après un examen approfondi de la gorge.

Ce signe conserve encore la même valeur pour les lésions tertiaires, bien que, *a priori*, il soit difficile de se tromper, car de toutes les affections ulcéreuses du pharynx et du voile du palais, la syphilis occupe de beaucoup la première place.

En résumé, à part les diverses affections (hypertrophie simple des amygdales, abcès chronique enkysté, calculs de l'amygdale, cancer, lésions

tuberculeuses, ulcérations venant compliquer le diabète) qui pourraient être confondues avec les manifestations de la syphilis dans ses trois périodes, la dysphagie chronique relève le plus souvent d'une lésion syphilitique.

Recherches expérimentales sur les lésions causées par le bichlorure de mercure.

Il n'est pas sans intérêt pour le praticien, aujourd'hui que l'on emploie d'une manière si courante le sublimé ou bichlorure de mercure, sous toutes espèces de formes, de connaîtro en détail les principales altérations que ce dangereux médicament peut provoquer dans l'organisme humain. MM. *Pilliet* et *Cathelineau* ont communiqué à la Société de Biologie le résultat de leurs recherches minutieuses :

Les reins présentent une altération tellement spéciale des épithéliums sécréteurs de Heidenhain, que celle-ci pourrait suffire à caractériser l'intoxication. Cette lésion se présente à trois degrés différents ; au début, les cellules des tubes contournés conservent leur striation, mais leur portion marginale se remplit peu à peu de vacuoles qui sont excrétées et remplissent peu à peu les tubes urinifères de cylindres hyalins. Il reste alors dans les tubes une mince bordure cytoplasmique, qui circonscrit ces cylindres, les noyaux se font rares et les cellules paraissent soudées par leurs bords latéraux.

A un second degré, les noyaux ont disparu et les cellules altérées remplissent les tubes urinifères ; il en résulte une seconde variété de cylindres qui sont alors granuleux.

Enfin, il est une troisième forme qui paraît résulter de la distension excessive des cellules sécrétantes. Elle s'observe sur les tubes contournés et sur une partie des tubes droits. Ici, les cellules, d'abord tuméfiées et remplies de fines vacuoles, viennent au contact et remplissent les tubes d'éléments polygonaux qui effacent complétement la lumière de ces tubes. Ces cellules perdent leurs noyaux et ressemblent alors à des vésicules polyédriques par pressiou réciproque.

En dernier lieu, ces cellules disparaissent comme balayées par le courant sanguin et sont expulsées par les voies naturelles. Il ne reste alors par places que la trame conjonctive du rein avec les glomérules légèrement enflammés. Les altérations épithéliales peuvent donc se résumer en trois mots : hypersécrétiou, nécrose, élimination.

Il existe, de plus, une congestion très intense du rein, des hémorrhagies au niveau des cavités glomérulaires et surtout dans les tubes de Bellini.

Au début de l'intoxication, la muqueuse intestinale est très congestionnée. Beaucoup de glandes de Lieberkuhn sont remplies de nombreux globules rouges qui ne contiennent plus d'hémoglobine. L'épithélium glandulaire est composé de cellules aplaties, sans plateau, soudées par leurs bords et présentant à leur insertion à la paroi glandulaire une striation de cytoplasma. Ces éléments sont groupés par amas dans lesquels les noyaux cellulaires se réunissent en plaques. Il devient bientôt impossible de distinguer les cellules cylindriques des cellules caliciformes.

Dans le gros intestin il y a une congestion extrême de la muqueuse et consécutivement nécrose des épithéliums glandulaires qui, par places, sont éliminés. Dans d'autres points, il n'existe plus que le stroma conjonctif glandulaire. On sait que chez l'homme, on a vu la lésion aller jusqu'à l'élimination de toute la muqueuse.

On trouve dans le foie des lésions du même ordre : multiplication des noyaux autour des vaisseaux, tuméfaction et nécrose des cellules, puis élimination de ces dernières. On a alors des préparations dans lesquelles le tissu hépatique, fixé immédiatement après la mort, offre de grands espaces à aspect de dentelle dans lesquels les éléments parenchymateux ont disparu, laissant à nu la trame conjonctive.

On observe, de plus, des ecchymoses sous l'endocarde et une congestion intense du réseau veineux de la rate.

Nous ajouterons que chez l'homme, dans les cas d'intoxication par le sublimé où l'examen histologique a été complet, on a rencontré des altérations de même nature.

Ainsi, les reins, l'intestiu, le foie sont profondément lésés et en général tous les organes présentent une vive congestion.

Ces connaissances devront guider le médecin pour mesurer les doses de sublimé suivant l'état des organes de son malade, et éviter ainsi plusieurs chances d'intoxication.

Traitement du saturnisme par les courants continus.

M. *Semmola*, de Naples, a exposé à une des dernières séances de l'Académie de médecine, une méthode qu'il emploie depuis 1877 pour favoriser l'élimination du plomb chez les malades atteints de saturnisme chronique. Cette méthode est basée sur la propriété physiologique des courants continus de provoquer des échanges nutritifs intenses et de favoriser les mouvements de désassimilation. Le courant continu est appliqué sur les centres nerveux ganglionnaires, c'est-à-dire en plaçant, pendant la moitié de la séance, le pôle positif sur la langue et le pôle négatif au creux épigastrique. Pendant l'autre moitié de la séance on promène le pôle positif sur les côtés de la colonne vertébrale, et le pôle négatif sur l'abdomen.

Les expériences basées sur cette idée théorique ont été faites avec l'aide du Dr Vizioli, au moyen d'une pile de Wollaston avec dix grands éléments. La durée de chaque application variait entre dix et quinze minutes chaque matin.

Les malades supportaient très bien le courant, quoiqu'il fût d'une grande intensité (100 à 150 milliampères).

Les premiers malades étaient affectés de coliques et d'atrophies musculaires considérables des mains et des doigts ; il existait un liseré gingival caractéristique, et l'aspect général était toujours cachectique avec apparence anémique des muqueuses labiales.

L'analyse des urines avant de commencer le traitement ne révélait aucune trace de plomb.

Après trois ou quatre jours de traitement on commença à trouver des traces de plomb dans les urines, et cette quantité alla toujours en augmentant pendant les quatre premières semaines du traitement.

A la fin de la troisième semaine, le liseré gingival avait disparu et la nutrition des muscles atrophiés était considérablement améliorée.

Après une durée de traitement variant entre

trois et quatre mois, les malades qui avaient fait le sujet de ces applications furent tous guéris.

M. Semmola fait remarquer que ce mode de traitement amène la guérison des cas peu graves (coliques, paralysies), mais reste impuissant contre les formes cachectiques avec albuminurie et les formes nerveuses avec encéphalopathie et artério-sclérose. L'iodure de potassium ou l'iodure de sodium reste donc le seul médicament rationnel dans ces cas graves.

Aménorrhée et dysménorrhée.

M. le Dr *Carron de la Carrière* distingue dans les troubles morbides de la menstruation des jeunes filles trois états différents comportant des indications thérapeutiques variées : 1° *aménorrhée primitive*, retard dans l'apparition des premières règles, due à une alimentation insuffisante, aux chagrins, à la chlorose, au lymphatisme, à la tuberculose, à l'obésité précoce, ou bien encore à un vice de conformation des organes génitaux (hymen imperforé, vagin ou utérus atrophié) ; 2° *aménorrhée accidentelle* survenant après l'établissement des premières règles, et revêtant l'aspect de simples intermittences sans importance, de suspension complète due à la chlorose, de retards ou d'avances dans les époques ; 3° *dysménorrhée*, c'est-à-dire douleurs, malaises au moment des flux menstruels, s'accompagnant soit d'écoulements spasmodiques, saccadés, goutte par goutte, ou au contraire de ménorrhagies, de pertes abondantes, périodiques.

Le traitement doit en général être dirigé avec prudence ; il ne faut pas chercher à provoquer des règles, qui ne viennent pas, surtout si la malade n'éprouve pas de gêne appréciable. Le traitement général antianémique pourra seul être très utile : ainsi le fer associé à l'ergot de seigle ou aux emménagogues est parfaitement indiqué.

Le séjour à la campagne, dans le Midi, l'équitation, le jardinage, les électrisations par électricité statique sont recommandés avec fruit. Parmi les emménagogues, les meilleurs paraissent être : le safran, l'armoise, l'apiol. Contre la dysménorrhée, il faut, dans l'intervalle des périodes menstruelles, donner l'anémone pulsatile sous forme d'alcoolature de feuilles ou de racines fraîches (Bovet) à la dose de 20 à 40 gouttes par jour et fractionnées en 10 gouttes à différentes heures, ou bien sous forme d'anémonine 0,05 centigr. en 24 heures, pendant 5 jours avant et 5 jours après les règles. Pendant les règles, il faut condamner la malade au repos, les jambes allongées, appliquer des flanelles avec liniments calmants chauds sur le bas-ventre, enfin administrer des lavements laudanisés ou du bromure de potassium, de l'apiol, de l'acétate d'ammoniaque liquide. Si les douleurs sont trop violentes, il faut exiger le repos au lit, et donner, comme Raciborski, des bains tièdes d'eau de son ou de tilleul d'une durée d'une demi-heure environ.

« Le bain ainsi donné constitue un excellent sédatif et, dans ces cas de dysménorrhée intense, il est toujours parfaitement indiqué. Comme effet immédiat, les bains de tilleul tièdes et prolongés produisent du calme, diminuent le spasme et font souvent couler le sang plus librement. Aussitôt après, on replace les malades dans leur lit que l'on a eu soin de faire préalablement chauffer, et on leur donne à prendre une cuillerée de la potion au bromure, suivie d'une tasse de tilleul chaud.

» Mais qu'on ne se figure pas que l'on obtiendra facilement l'adhésion des familles lorsqu'on fera la proposition de prendre des bains pendant les règles. Les uns croient que le bain tiède peut occasionner des pertes ; d'autres craindraient, au contraire, de donner lieu à une suppression des règles. »

Depuis l'époque où écrivait Raciborski, le public est plus familiarisé avec les bains et l'hydrothérapie, en général ; leur application dans la fièvre typhoïde et dans d'autres états fébriles graves est maintenant assez courante pour qu'elle ait pénétré dans tous les milieux ; mais, pour ce qui est de leur emploi dans le courant des règles, on se heurte encore à des préjugés qu'il faudra combattre.

Contre les ménorrhagies, on observe les principes ordinaires du traitement des écoulements sanguins abondants ; décubitus horizontal, boissons fraîches, ergot, ratanhia. Dans l'intervalle des règles, on traitera la chlorose, l'arthritisme, l'hémophilie, l'albuminurie, principalement par le fer, les amers, l'hydrothérapie, les bains de mer. Enfin on peut essayer la méthode que le Dr Chapman exposait récemment à l'Académie de médecine : Voici sur quelle théorie il s'appuie : Il y a tantôt des congestions viscérales dues à une paralysie vaso-motrice, tantôt des anémies locales dues à une hyperexcitation vaso-motrice ; pour lutter contre ces deux conditions également nuisibles, il faut faire des applications sur l'axe médullaire, dans le premier cas, d'*eau chaude* ; dans le deuxième, d'*eau froide*. On se sert, à cet usage, d'un sac de caoutchouc spécial hermétiquement clos, appliqué le long de la colonne vertébrale, directement sur la peau, et pouvant contenir à volonté de l'eau chaude à 45° ou de la glace pilée.

Dans l'aménorrhée et la dysménorrhée, dans tous les cas de *règles retardées, irrégulières douloureuses,* il s'est bien trouvé de la *glace* appliquée au niveau de la région dorso-lombaire, trois fois par jour, pendant une heure et demie, chaque fois. Contre l'*écoulement trop abondant*, au contraire, c'est l'*eau chaude*, appliquée plusieurs fois par jour, pendant une demi-heure chaque fois.

Voici comment il explique que l'application du froid sur la colonne vertébrale peut augmenter la quantité du sang des règles :

« Dans le cas d'aménorrhée, les fibres musculaires de l'utérus et celles des artères qui y apportent le sang sont généralement dans un état de contraction extrême, phénomène qui dépend de l'excitation excessive transmise à ces fibres par les centres vaso-moteurs qui sont en relation fonctionnelle avec eux. Une influence sédative, exercée sur ces centres au moyen du froid, diminue leur énergie et la quantité de force nerveuse émise par ces centres aux fibres musculaires en question. Les parois de l'utérus se relâchent et permettent aux artères qui se ramifient dans son intérieur de s'élargir ; le sang afflue en abondance là où il trouve la résistance la plus faible et est lancé par le cœur en beaucoup plus grande quantité qu'autrefois, d'où l'augmentation du flux menstruel. »

Traitement des névralgies pelviennes.

Les chirurgiens profitent des expériences quotidiennes qu'ils ont maintenant sous les yeux et deviennent plus circonspects à l'égard des grandes opérations abdominales. C'est ainsi qu'à la Société de chirurgie, MM. *Richelot, Pozzi, Terrier, Reclus, Championnière*, ont insisté sur la nécessité de temporiser dans les cas de névralgies pelviennes ou du moins de douleurs pelviennes de nature obscure, de cause inconnue, c'est-à-dire sans lésions appréciables de l'utérus ou des annexes. Bien des femmes nerveuses, hystériques, ont été ainsi laparotomisées, hystérectomisées pour de simples douleurs qui, quoique très vives, ne provenaient pas de lésions importantes et par conséquent n'étaient pas justiciables d'opérations aussi radicales et irrémédiables.

Les procédés médicaux doivent être essayés avec persévérance, pour ainsi dire jusqu'à la dernière limite. Rappelons le procédé électrofaradique et galvanique de M. Apostoli qui donne de si remarquables résultats ; rappelons en même temps le massage gynécologique, dont on parle tant depuis quelques mois dans les journaux et dans les sociétés savantes ; voici les conclusions de M. le Dr *Aubeau* au sujet du massage gynécologique :

1° Le massage sous toutes ses formes et surtout le massage lombo-sacré de Chéron, donne d'excellents résultats dans les troubles de la menstruation (aménorrhée et dysménorrhée) ;

2° Le massage doit être absolument proscrit dans les inflammations aiguës ou subaiguës de l'utérus, de ses annexes et du péritoine pelvien ;

3° Il est au contraire une grande ressource dans les inflammations chroniques s'éternisant à la période des stases veineuses et lymphatiques et dans les névralgies pelviennes.

4° Il est de même efficace dans les hypertrophies, la sténose et les tumeurs fibreuses.

5° Le massage est le seul traitement capable de soulager les malades chez lesquelles on rencontre des reliquats de péritonite (exsudats, adhérences) à la suite des opérations qui ont intéressé le péritoine, et particulièrement à la suite des castrations faites par la voie vaginale et surtout par la voie abdominale ;

6° Dans les déplacements utérins le massage et la gymnastique qu'il comporte peuvent rendre des services pour la réduction et la contention du prolapsus.

Ce moyen est efficace dans les versions et dans les flexions permanentes et compliquées *d'inflammation chronique*, en détruisant ou en relâchant les adhérences, en facilitant la résorption des exsudats et en rendant aux organes leur mobilité.

7° Dans les cas où le déplacement s'accompagne d'inflammation *aiguë* ou *subaiguë* avec adhérences de nouvelle formation et épanchements, le massage est dangereux. Ces cas peuvent être justiciables de la destruction opératoire des adhérences.

Les inconvénients de la mauvaise teinture d'iode et leur traitement.

D'après M. *de Villecourt*, les effets irritants de l'iode en solution alcoolique peuvent être enrayés à l'instant, et la chimie connaît plus d'un agent susceptible de priver l'épiderme de ses traces tenacos. Quand il s'agit d'un épiderme robuste, comme celui des mains, on peut employer sans inconvénient une dilution d'ammoniaque, de cristaux de soude, de cendres de bois ou même de savon commun ; mais si on voulait agir sur les bras, les épaules ou le cou, les deux premiers de ces agents seraient trop irritants à leur tour, surtout chez les sujets féminins. On leur préfère alors les sulfites, bisulfite ou hyposulfite alcalin, sels inodores et innocents, qui absorbent l'iode par leur acide et leur base à la fois. L'expérience prouve cependant que sous ce double titre un autre produit leur est supérieur : c'est le sulfure de sodium, ou sulfhydrate de soude, sel qui forme en partie la base des bains de barèges inodores. Selon la susceptibilité des individus et l'intensité de l'effet à produire, on en fait une solution aqueuse du centième au dixième et on l'applique, *loco dolenti*, soit avec un pinceau, soit avec une compresse. Quelques minutes après l'action irritante de l'iode a disparu et la teinte jaune caractéristique disparaît également comme par enchantement.

Quoi qu'il en soit, il importe de veiller à conserver la teinture d'iode dans des flacons de couleur, bouchés à l'émeri et lutés avec soin, de façon à en empêcher la décomposition et l'évaporation ; telles sont les conditions essentielles pour bien conserver la teinture d'iode et obv ier aux inconvénients résultant de l'emploi d'un médicament altéré.

MÉDECINE MENTALE

Les symptômes primitifs de la maladie mentale et la prévention de la folie.

Discours adressé aux membres de l'Association médicale du Dorset et Wert-Hants, par le président M. le Dr P. W. Macdonald, médecin en chef de l'asile des aliénés du Dorset.

L'expression *maladie mentale* n'est pas si familière que le mot *folie* ; mais je désire l'employer parce qu'elle désigne d'une façon plus exacte le groupe de cas que je veux envisager aujourd'hui, et sur lesquels j'appelle, particulièrement, votre attention. Ne croyez pas que je fasse peu de distinction entre la maladie mentale et la folie ; en réalité, une grande distance sépare les premières manifestations de la maladie mentale, de la folie prononcée ou déclarée ; et j'espère que ce sera employer profitablement votre temps que de considérer un groupe de symptômes, ou un stade de la maladie mentale, qui est rarement observé, excepté par le *médecin des familles*.

Comme l'a bien dit le Dr *Savage* : « Toute dépravation de l'action nerveuse, toute manifestation anormale de la force intellectuelle ou morale, ne doit pas être envisagée comme demandant le secours d'un médecin des aliénés » ; — et encore : « Le médecin de la famille, plus que tout autre, a maintes occasions d'observer un grand nombre de phénomènes psychiques ». La plus faible déviation de l'action mentale normale, l'expression d'idées étranges et excentriques et les offenses contre les mœurs et la société, sont d'abord des secrets confiés à la garde du médecin de famille. A aucun autre membre de notre profession n'est, si souvent, donnée l'occasion de voir la maladie mentale dans sa forme la plus simple et la plus curable, et d'employer les moyens pour la *prévention de la folie.*

Importance de reconnaître la maladie dès le début.

Aussitôt que l'on se rappelle les événements douloureux d'un cas qui a mal tourné, ou dont la marche a pris une allure chronique, il y a une plainte, plus ou moins constante : « Si seulement on m'avait appelé plus tôt ! ». Il y a souvent perte de temps, perte d'occasion, parce qu'il circule une idée dominante, que la maladie mentale diffère en totalité des autres maladies, et en conséquence ne doit être traitée que dans des conditions exceptionnelles et après beaucoup d'hésitation.

Ceci est très fâcheux, et on ne peut guère être surpris des efforts qui sont faits,de nos jours,pour propager, parmi nos confrères, une connaissance plus étendue de la médecine mentale.

Il ne fait pas partie de mon programme,aujourd'hui, d'exprimer mon opinion sur ce sujet; mais je désire vous exciter à montrer plus de promptitude, plus de confiance en vous-mêmes et en vos ressources, en présence de la maladie mentale, à son début. Je veux bien croire qu'il arrive souvent que le médecin de famille, lui-même, n'est pas consulté de bonne heure, dans ces cas ; mais cependant le champ est vaste, les occasions ne manquent pas. Je ne parle pas, ici, des malades chez lesquels les symptômes sont déclarés, et chez qui la maladie débute subitement ; ni des cas où le diagnostic est simple, dès le début.

La nature des symptômes primitifs.

En considérant les symptômes primitifs de la maladie mentale, je n'ai pas le dessein de vous donner une exposition clinique, détaillée. Chaque forme, chaque phase de la maladie mentale a ses signes et ses symptômes prodromiques,quoiqu'ils échappent souvent à l'attention. Ceci peut être dû à deux causes : Ou bien l'hésitation du malade, et de ses parents, à nous éclairer sur ses antécédents personnels; ou bien le soin que prend souvent le médecin de ne pas froisser les sentiments du malade, en insistant sur certains symptômes d'origine psychopathique. Il est de la plus grande importance que les symptômes, primitifs surtout, soient observés, étudiés et traités,et pour cette raison : Lorsqu'il y a une diathèse névropathique, ou lorsque les symptômes indiquent une maladie organique, le diagnostic offre moins de difficulté ; mais le pronostic est plus fâcheux que lorsque les symptômes sont simples ou d'origine fonctionnelle. Il est souvent possible de faire remonter les symptômes psychiques à une époque où aucun doute n'était jeté sur le pouvoir intellectuel du malade, et où le sujet était en pleine possession de ses facultés. Les deux observations qui suivent viennent à l'appui de cette thèse.

Obs. I.— A. F., âgée de 32 ans,mariée au mois d'oct. 1886. On indique 3 mois comme début de la maladie, qui est accompagnée de délire maniaque avec des troubles sensoriels et aphasiques. Mais en remontant plus haut dans ses antécédents personnels, nous trouvons qu'il y a 6 ans, ses amis étaient souvent ennuyés et surpris, à cause de certains actes étranges, et parce qu'il lui arrivait assez souvent de faire des fautes dans ses lettres et ses calculs.

Elle était maîtresse d'école et s'occupait aussi de comptabilité ; elle écrivait souvent des réponses absurdes à des lettres d'affaires, et dans sa correspondance privée se trompait souvent de mots. En conséquence de ces erreurs, que l'on attribuait à sa négligence, elle fut souvent réprimandée et même maltraitée. En vérité, c'étaient les premiers symptômes de la maladie mentale.

Obs. II. — J. D., âgé de 42 ans, marié, fut admis à l'asile des aliénés au mois de déc. 1885 avec la manie et le délire de la *paralysie générale*, dont les symptômes étaient supposés remonter à un an. Cet homme était fermier et jadis occupait une bonne position. Il y a 10 ans, il parut,un beau jour, dans ses prés, avec des bottines vernies et des gants blancs, et annonça qu'il allait se promener à cheval. Ceci le rendit ridicule aux yeux de ses ouvriers qui le prirent pour un orgueilleux ; mais c'étaient, il n'y a nul doute, les premiers symptômes d'une affection mentale.

Symptômes primitifs mélancoliques.

Lorsqu'on est consulté sur un cas de malaise mental, ou de dépression légère, généralement le malade est anxieux et tracassé ; il a des idées noires, parce qu'il est convaincu, dans sa pensée, que ses affaires marchent mal. En apparence, il parle raisonnablement,mais son esprit est infirme ou en désordre. Tout lui paraît exagéré. Si ces courants d'idées anormales se multiplient ou s'étendent, le stade morbide est atteint et le malade dit qu'il est ruiné, que rien ne peut le sauver ; il ne travaille plus. Ce n'est plus la simple *dépravation mentale* ; mais nous sommes en présence de la *maladie mentale* ; la dépression fait place à la *mélancolie*. Une consultation avec un spécialiste est alors suggérée, mais il est trop tard ; c'est pendant la période qui précède les idées délirantes que vous devez intervenir ; alors qu'un traitement sage peut être avantageux.

Prenez encore le cas d'une mère anxieuse, qui, pendant la période de la lactation, trop souvent néglige sa propre santé, et tombe dans un état de dépression. Malheureusement, cette condition est très souvent négligée, soit à cause de sa fréquence, soit parce qu'elle n'est pas envisagée comme une affection mentale. Quelques jours plus tard apparaissent des idées délirantes, et l'on a affaire à la mélancolie. Dans des conditions bien différentes, on rencontre souvent des cas de nature analogue où des troubles domestiques, des pertes d'argent, etc., sont la cause immédiate des troubles psychiques. Ici aussi il y a une période initiale, souvent de longue durée, pendant laquelle les mesures de prévention sont de la plus grande valeur. Laissez les cas à eux-mêmes, et la frontière qui sépare *la maladie mentale* de *la folie* est franchie ; la maladie s'aggrave. De tels cas se présentent constamment à notre observation. Les pertes de temps, la négligence, amènent des désastres.

Troubles psychiques à l'époque de la puberté.

Prenez le cas d'une jeune fille qui, à la période de cette grande crise physiologique, a des sensations, des émotions dont elle ne possède pas l'expérience et la compréhension, qui troublent son esprit, à un tel point que le courant de sa pensée se dirige dans une voie morbide. Comme il arrive trop souvent, les mères ne tiennent pas assez compte de cette époque critique, dans la vie de leurs enfants, et le traitement habituel n'est ni consolant, ni encourageant. Il n'y a aucune époque de la vie des jeunes filles qui nécessite

plus de soins, plus de sages conseils, dont la négligence peut être cause de désordres psychiques, ou d'une vie de misère, dus au développement de la névropathie. Je fais surtout mention de ces cas, parce que nous voyons beaucoup de jeunes filles dont la maladie débute au moment de leurs règles, et où, j'en suis sûr, on pourrait empêcher le développement de la maladie mentale ; en outre, parce qu'il y a une augmentation du nombre des cas pathologiques dans la génération moderne de jeunes femmes.

Bien souvent, aussi, vous êtes consultés à propos d'un écolier, qui souffre de maux de tête, d'insomnie, qui pleure, qui se préoccupe beaucoup de ses devoirs, ou qui voudrait trop tenir le premier rang parmi les élèves de sa classe. L'enfant est absolument malheureux, et les germes de la maladie mentale s'enracinent dans son cerveau, par le fait d'une lacune de l'instruction élémentaire, ou parce que ses maîtres ne font aucun cas des différences qui existent entre la capacité mentale des élèves.

Symptômes psychiques aboutissant à des actes de violence.

Rappelez-vous le nombre de suicides qui ont lieu chaque année ; il n'est pas nécessaire d'emprunter des exemples à l'étranger ; ici, au milieu de vous, il y en a plusieurs par an. Quelques signes d'avertissement, quelques indices du danger sont ignorés ou inaperçus, et, ce n'est que quand le malade commet un attentat sur sa vie, que ses amis sont convaincus que tout ne va pas bien.

Le cours des événements, dans ces cas, nous montre fort bien la divergence qui existe entre le mode de raisonnement du médecin et celui des parents, ou des amis du malade en présence des symptômes primitifs de la maladie mentale. Le médecin reconnait les prodromes de la folie ou les premiers symptômes d'une dégénérescence psychique, mais le public en général tourne cette idée en ridicule et n'est convaincu que quand les lois de la société sont attaquées, ou quand un terrible attentat, un meurtre ou un suicide, a lieu. Les devoirs du médecin de famille sont souvent difficiles, mais il ne peut décliner sa responsabilité, lorsqu'il a reconnu les symptômes primitifs de la maladie mentale chez son malade.

Traitement.

Il est futile de se fier à l'efficacité des médicaments, dans la *maladie mentale*. Quelquefois on peut corriger, agir par le régime et les médicaments, mais, il n'y a pas de spécifique contre la folie. C'est au traitement psychique, au traitement moral, qu'il faut se confier. Un tel demande un exercice régulier, un autre la récréation, un autre le changement d'air, un autre l'isolement loin de ses parents, et de son entourage ; un autre encore un régime réglé. Que votre remède soit psychique et non thérapeutique. A mesure que notre connaissance de la pathologie avance, notre foi dans les remèdes diminue. Il y a quelques grandes exceptions, mais n'est-il pas vrai que les recherches modernes nous enseignent la prévention de préférence à toute autre mesure pour lutter contre la maladie ? Ecoutez ce que dit le professeur Clifford Allbutt : « Quel autre témoignage désirons-nous, pour prouver que lorsque le progrès de la médecine curative peut se résumer en quelques exceptions brillantes, le progrès de la médecine préventive, au contraire, s'étend et est comparable à la marée montante qui n'a pas de reflux » ?

Tout ce qui a été dit et écrit sur le traitement des maladies mentales, dans les hôpitaux spéciaux, par des spécialistes de toute sorte, semble sérieux, mais est mal fondé. Ce n'est pas tant sur le secours de la thérapeutique et des hôpitaux spéciaux qu'il faut s'appuyer ; c'est au médecin de la famille que nous faisons appel ; qu'il devienne un peu plus spécialiste dans sa pratique habituelle, et la médecine scientifique y gagnera largement.

Le rôle du médecin de famille.

Sa situation unique lui impose un devoir sacré envers ses malades ; elle est un contrat solennel avec la société. Il est consulté sur toutes questions, il est le confident de la famille, et son influence, souvent, excède celle de tout autre personne. Ce qui, avant tout, a retardé ou empêché de considérer la folie comme une maladie de l'esprit, et en conséquence a laissé s'accroître les symptômes primitifs sans traitement, c'est le préjugé du public d'un côté, et le défaut d'observation de l'autre. Le préjugé du public est que la maladie mentale est une honte et une disgrâce ; et c'est faute de connaissances spéciales, que la signification et l'importance des symptômes primitifs sont mal envisagés, ou que ces symptômes mêmes sont appelés fautes, excentricités.

C'est donc des efforts du médecin de famille que dépendra dans l'avenir la *prévention de la* folie, et c'est le devoir de chacun, parmi vous, de prêter plus d'attention à l'étude et au traitement des premiers signes de la maladie mentale. Si le malade peut être traité chez lui, je ne crois pas que personne soit d'avis qu'on l'envoie à un asile d'aliénés. Ne soyez pas découragés par la diversité, la variété dans le caractère des symptômes ; chaque cas a son cachet personnel au début. Mais plus votre connaissance des variétés de l'esprit normal est approfondie, plus vous trouverez facile le diagnostic de ses manifestations morbides. Soyez surtout en garde contre l'erreur qui consiste à attribuer les symptômes d'un dérangement du cerveau à l'excentricité, ou de considérer comme hystérie la folie morale. A tous ceux qui poursuivent la carrière de médecin de famille, je recommande la visite de temps en temps à un asile d'aliénés ; ce ne sera jamais du temps perdu.

M. le Dr Macdonald conclut en invitant ses confrères, les médecins des environs de l'asile du Dorset, à l'accompagner quelquefois dans ses visites aux salles de l'asile, et il espère que cette pratique sera bientôt généralement adoptée en Angleterre.

Dr Macevoy.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le service militaire et les étudiants en médecine

Dans la séance du 3 novembre 1892 la Chambre des députés a accepté, après une très courte discussion, le projet de loi récemment adopté par le Sénat portant modification à l'article 28 de la loi du 15 juillet 1887 sur le recrutement de l'armée.

Cette modification a pour but de permettre de nommer, au grade de sous-lieutenant de réserve, sans leur imposer une année de service dans un corps de troupe, ceux des élèves de l'Ecole centrale, des arts et manufactures, qui, ayant satisfait aux examens de sortie, et présentant d'ailleurs au point de vue de la conduite et de l'esprit de discipline toutes les garanties, auraient en outre subi avec succès des épreuves spéciales d'aptitude.

La disposition législative, dont les élèves de l'Ecole centrale viennent d'être l'objet, était attendue comme un acte de justice et le gouvernement qui a pris l'initiative de cette modification à l'article 28, donne satisfaction aux réclamations les plus légitimes.

Mais l'article 23, de la même loi, concernant les jeunes gens qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir le diplôme de docteur en médecine, ne devrait-il pas subir une modification analogue ? La décision en vertu de laquelle la Chambre des députés vient d'établir qu'un élève de l'Ecole centrale qui. pendant ses trois années d'études a suivi des cours d'instruction militaire est apte à servir comme officier, sans passer un an dans un corps de troupes, nous permet d'espérer qu'elle reconnaîtra qu'un étudiant en médecine pourvu du diplôme de docteur après avoir suivi pendant 5 ans au moins les cours d'une faculté, remplit toutes les conditions voulues pour être employé, comme officier de réserve, dans le corps de santé militaire, sans passer, pendant un an, par le grade de simple soldat.

Il serait fastidieux de revenir sur les arguments que nous avons développés il y a quelque temps sur cette question (*Concours médical* nos du 20 août, 3 septembre, 10 septembre et 17 septembre 1892).

En présence du succès que viennent d'obtenir les justes revendications élevées en faveur des élèves de l'Ecole centrale, nous exprimons de nouveau l'espoir que la sollicitude du gouvernement ne tardera pas à être appelée sur la situation des étudiants en médecine au point de vue militaire, et que l'on reconnaîtra enfin, qu'il y a urgence de faire subir, à l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, une modification depuis longtemps réclamée dans l'intérêt des études médicales et de l'armée.

La déclaration des maladies contagieuses.

M. *Gibert* a inséré dans un des derniers numéros du *Concours*, une lettre, malheureusement trop courte, que j'ai lue avec intérêt ; mais je me demande si sa pensée est la même que la mienne ou si nous sommes en opposition d'idées.

Pour moi, je ne vois pas, au juste, ce que le principe du secret médical peut avoir à faire dans cette question. On peut sans doute imaginer, comme l'a fait, je crois, M. *Brouardel*, des cas particuliers très extraordinaires, où le secret présenterait un caractère grave. N'a-t-on pas dit qu'un individu pourrait contracter le choléra ou la fièvre typhoïde, par contagion, en fréquentant une femme mariée qui serait sa maîtresse ? Cela se peut, mais enfin la pratique n'est pas remplie d'événements de ce genre, et les lois ne sont pas écrites pour le règlement de ces choses étranges, qui se présentent, une fois peut-être, dans la vie entière d'un médecin très occupé.

A côté des lois, qui sont faites pour le cas général, il y a l'interprétation, qui est faite pour les cas extraordinaires. Que ces accidents bizarres et inouïs se présentent, on avisera ; mais il n'y a pas lieu de s'en préoccuper dans l'étude d'une loi.

Maintenant M. Gibert, dit que les intérêts professionnels doivent disparaître devant l'intérêt général. Voilà encore quelque chose que je ne comprends pas bien. Comment l'intérêt d'un médecin peut-il être en désaccord avec l'intérêt général ? J'ai montré, par un exemple dont j'ai eu autrefois à payer les frais, qu'un médecin peut avoir des aventures très désagréables, pour avoir fait connaître au public l'existence d'une maladie contagieuse. C'est qu'en effet, il y a là contradiction entre l'intérêt — non pas professionnel, mais *pécuniaire* — du médecin des villes d'eaux, et les intérêts *particuliers*, de certaines personnes, intérêt qui n'est pas l'intérêt *général*. C'est le conflit qu'il faut prévoir, et il faut donner au médecin une compensation sérieuse, pour le cas où il viendrait à se produire. Tout médecin qui révélera une épidémie, dans une ville d'eaux, s'exposera peut-être à des procès, sûrement à la malveillance d'un très grand nombre d'individus, et il en sera de même dans beaucoup de circonstances analogues. M. Gibert sait parfaitement, comme nous, que les médecins de Hambourg ont capitulé devant cette situation, et qu'ils se sont tenus dans le silence pour ne pas nuire au commerce de la ville. Ils n'ont avoué l'existence du choléra, que le jour où il y a eu un désastre épouvantable.

Je suis aussi de l'avis de M. Gibert, quand il nous dit qu'avant d'être médecin on est homme et citoyen, et que, par conséquent, c'est se rendre coupable d'un délit très grave que de cacher l'existence d'une maladie contagieuse. Mais je voudrais savoir si M. Gibert a réellement l'intention de restreindre ce délit au seul médecin, et s'il ne croit pas que le chef de famille, ou le chef d'institution, ou le maire, ou le préfet, ne sont pas susceptibles d'être rangés, eux aussi, dans cette même classe de malfaiteurs, coupables d'attentat à la santé publique, lorsqu'ils dissimulent ces sortes de choses.

Car il faut se mettre en garde contre ceux qui veulent faire deux classes, dans la Nation française : premièrement, les individus qui ne sont pas médecins, envers qui on aura la plus grande indulgence, et deuxièmement, les médecins, que l'on traitera sans miséricorde.

L'expérience de ce qui se passe en Angleterre depuis quelque temps est formelle. Là où l'obligation de déclarer existe, pour le médecin, on s'abstient de le demander, lorsqu'il y a des cas de maladies contagieuses, et il en résulte que la mortalité augmente. Là où l'obligation (doublée d'amendes) existe seulement pour les chefs de famille et autres, et *n'existe pas pour le médecin*, les maladies sont déclarées, et la mortalité diminue.

Il est donc évident que notre projet de loi est mal conçu, et qu'on doit rendre la déclaration obligatoire pour tout le monde, excepté pour nous. Cela semble paradoxal ; mais c'est un point que l'expérience a jugé.

Enfin, je ne crois pas qu'on puisse nier que nos déclarations, facultatives ou obligatoires, doivent donner lieu à des honoraires. C'est, je le répète encore, la compensation nécessaire pour les difficultés et les dangers que ce service peut occasionner.

J'irai même plus loin.

En introduisant dans le système légal l'obligation pour les particuliers, médecins ou autres, de faire connaître l'existence d'une épidémie, l'Etat semble omettre l'obligation, pour lui-même, de combattre cette épidémie, à l'aide de moyens budgétaires, dans lesquels je pense que nos honoraires devraient être prévus avec tout le reste.

Si l'on jugule les épidémies dans quelques villes riches et bien administrées, ce n'est pas avec les deniers de l'Etat ; c'est avec ceux de la commune. Mais en comptant bien, on trouverait qu'il y a au moins les neuf dixièmes de la population qui n'habitent pas dans des centres de ce genre.

Que veut-on faire de nos déclarations, si l'on n'a pas l'intention d'en faire usage pour prendre des mesures ? Et quelles mesures prendre si rien n'est prévu au budget, à l'aide d'une loi? Il faut que l'Etat se mette dans l'esprit que nous sommes disposés à nous rendre utiles ; mais que nous ne ferons jamais rien, si l'on ne nous donne pas deux choses, à savoir : des moyens d'action, et... des honoraires.

Eh quoi ! me dira-t-on peut-être : Vous êtes bien intéressé ! Comment pouvez-vous insister à ce point sur des questions de vil métal ? La médecine n'est-elle pas un sacerdoce ?

Justement. Je ne demande pas mieux que de voir traiter la médecine comme un sacerdoce. Il y a en Algérie des imans ; il y a en France des pasteurs protestants, des rabbins israélites, il y a même des curés catholiques. Tout ce monde-là reçoit des honoraires ; tout ce monde-là a des moyens d'action. Les curés ont leur casuel, qui est parfaitement tarifé ; ils ont leurs appointements fixes, leur presbytère. En outre, ils ont leur église, et on y trouve des objets de piété, des ornements, des vases sacrés, enfin tout ce qui est nécessaire.

Et tout cela donne lieu à des questions d'argent et de vil métal, et personne n'y trouve à redire. Il ne faut pas vouloir faire de notre profession un sacerdoce, et transformer chacun de nous en un curé sans casuel, sans appointements, sans église.

Il est vrai qu'on nous propose de relever le sacerdoce en nous infligeant des amendes.

Cette compensation est-elle suffisante ?

Dr Prompt.

Accession des officiers de santé au Doctorat.

Notre précédent article nous a valu plusieurs communications.

Un de nos correspondants de Nîmes écrit :

Il faut, afin de faire cesser toutes les jalousies, controverses, animosités existantes, faciliter le plus possible l'accès de ce grade aux postulants.

1° L'examen clinique serait peut-être superflu : on est praticien, ou on ne l'est pas.

2° Afin de ne pas embarrasser par un travail de mémoire trop compliqué cet examen, celui qui porte sur la médecine opératoire, hygiène et thérapeutique devrait être très restreint.

Donc, en résumé, la thèse seule devrait être exigible.

Ce serait une façon large, très large, d'admettre au Doctorat, mais cela aurait peu d'importance, puisque le plus grand nombre des officiers de santé, qui ne voient dans ce grade qu'une question d'honneur et d'amour-propre, ont leur position acquise...

Un autre confrère de la Vendée nous dit :

On diffère d'avis sur la nature des examens qui seront exigés — tout cela dans le but de faire l'unification de titre. Je crois que tous les programmes n'auront pour effet que de multiplier les titres. On aura, en effet d'ici longtemps, trois catégories de médecins : les Docteurs, les Docteurs de nouvelle formation, qui ne détruiront jamais leur origine, enfin les Officiers de santé, qui resteront ce qu'ils étaient.

Un officier de santé qui a réussi par son travail et son mérite à se créer une clientèle convenable croira, et en cela il aura parfaitement raison, ne rien ajouter à sa valeur, en allant passer quelques examens faciles pour obtenir le titre de Docteur. Ce ne saurait être qu'une question de vanité et il y perdrait un peu de sa dignité.

Je ne saurais donc approuver le principe de l'accès des Officiers de santé au Doctorat. Je n'en vois pas l'utilité. Que ceux qui veulent arriver au Doctorat se conforment aux prescriptions actuellement en vigueur.

Nos correspondants, Officiers de santé l'un et l'autre, nous paraissent n'avoir pas lu avec assez d'attention l'article de la loi qui va permettre l'accession des Officiers de santé au Doctorat.

La loi Chevandier permet cette accession dans certaines conditions, et, en le faisant, elle répond au désir d'un très grand nombre de nos confrères Officiers de santé que, seul, le baccalauréat a écartés du Doctorat.

Il n'y a donc pas à discuter sur la question de savoir si cette accession doit être acceptée ou non. Elle est possible, voilà le fait.

D'autre part, la loi impose des conditions, laissant au Conseil supérieur de l'Instruction publique le soin de fixer ces conditions. La thèse seule ne sera pas admise ; on en peut être certain et nos premiers correspondants, Officiers de santé eux aussi, nous paraissaient, singulièrement mieux inspirés en proposant deux examens et en déterminant ce qu'à leur avis ces deux examens devraient être.

On peut sans doute différer sur l'utilité pratique de telle ou telle partie de l'examen, mais il nous paraît impossible de demander qu'il n'y ait pas d'examen du tout, puisque la loi dit précisément qu'il y aura des examens.

D'ailleurs, ces examens sont peu contestés.

L'examen de clinique que repousse notre confrère de Nîmes paraît devoir être le critérium de l'admission au Doctorat, puisqu'il permettra de distinguer tout d'abord les véritables praticiens.

Tout le monde reconnaît que l'Officiat compte un grand nombre de médecins de valeur — croit-on qu'ils seront embarrassés au lit du malade ?

Quand même, dans un cas difficile, ils devraient réserver un diagnostic formel, la discussion, qui expliquera cette réserve, montrera précisément leur savoir.

Quant à ceux qui croiraient ne pas devoir affronter l'examen, ils s'abstiendront, et voilà tout. Ils n'auront pas le droit de dire aux autres qu'il n'y a là qu'une affaire de vanité, chacun restant juge de ce que sa dignité peut gagner ou perdre.

Un troisième correspondant, M. Bourdon, de Rochesavière, présente une objection qui nous paraît avoir plus de valeur :

L'examen de médecine opératoire n'a guère sa raison d'être, puisque, d'une part, les officiers de santé (nouveau régime) l'ont déjà subi et que, d'autre part, il est à peu près impossible aux autres, qui

ne font pas de chirurgie : il leur faudrait retourner à l'école.

Les médecins de campagne, qu'ils soient docteurs ou officiers de santé, ne font pas de chirurgie (sauf quelques petites opérations d'urgence) ; ils appellent un confrère spécialiste à leur aide.

Cet argument nous paraît sérieux et nous le soumettons à nos lecteurs.

Pour notre part, nous accepterions très bien la suppression de l'épreuve de médecine opératoire ou tout au moins sa réduction à une extrême simplicité.

En terminant, nous ne saurions trop protester contre l'affirmation de notre second correspondant, quand il dit qu'au lieu de deux ordres de médecins, on en aura trois.

Puisque la loi Chevandier ne supprime l'officiat que dans l'avenir — et non immédiatement — il restera des Docteurs et des Officiers de santé, mais il n'y aura pas deux sortes de Docteurs. Et si jamais quelqu'un s'avise de relever contre les nouveaux Docteurs une sorte de péché originel, ce ne sera certes pas parmi nous !

L'Assistance médicale gratuite.

Son organisation dans la Loire-Inférieure.

L'Arrêté préfectoral qui rend exécutoire l'organisation du service de l'Assistance médicale gratuite dans le département de la Loire-Inférieure vient de paraître.

C'est une occasion pour nous d'adresser à M. le Dr Porson, qui, on peut le dire, a été l'âme de la commission qui a préparé cette organisation, toutes nos félicitations, comme nos confrères de la Loire-Inférieure lui adresseront leurs remerciements, nous en sommes certains.

Dans la Loire-Inférieure, rien n'existait : tout a donc été créé de toutes pièces. L'appréciation d'un journal local, *Le Petit Phare*, de Nantes, dont le nom avait été omis, que nous avons publiée dans le dernier numéro, montre que l'impression produite par cette organisation nouvelle a été excellente.

M. le Dr Porson a rendu un véritable service aux populations indigentes, en même temps qu'il résolvait une grosse question professionnelle.

Voici le règlement tel qu'il a été approuvé par le Conseil général et rendu exécutoire par le Préfet de la Loire-Inférieure.

RÈGLEMENT

I. — Dispositions générales.

Art. 1er. — Un Service gratuit d'Assistance médicale et pharmaceutique, pour les indigents, est établi dans le département de la Loire-Inférieure.

Ce Service, qui a pour but de faire donner gratuitement aux indigents les secours de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie et de l'art des accouchements, sera organisé dans toutes les communes ou syndicats de communes du département, qui contribueront à la dépense, dans les conditions spécifiées plus loin, à l'exception des communes de Nantes et de Saint-Nazaire.

Art. 2. — Tous les médecins (docteurs ou officiers de santé), pharmaciens et sages-femmes, exerçant dans le département ou les différents départements limitrophes, qui auront adhéré au présent Règlement, seront appelés à donner leurs soins aux indigents malades.

Art. 3. — Le budget de ce Service se compose de fonds votés par les communes intéressées ou les Bureaux de bienfaisance de ces communes, qui devront verser 1 fr. 50 c. par tête d'indigent porté sur les listes, dressées, tous les ans, dans chaque commune, et en outre d'une somme égale votée par le Conseil général.

Art. 4. — Les fonds de ces deux provenances, constitueront le budget de l'Assistance médicale et pharmaceutique dans le département. Ce budget ne pourra, en aucun cas, être dépassé. Une réduction proportionnelle sera faite, à la fin de chaque année, sur l'ensemble des notes, dans le cas où leur montant serait supérieur à celui des crédits alloués pour l'année. La réduction, pour les pharmaciens, ne pourra dépasser 20 % du tarif réduit.

Art. 5. — Au fur et à mesure de l'adhésion d'une commune à l'Assistance médicale, le département versera, dans la caisse du Service, une somme égale au contingent de cette commune, conformément à l'art. 3.

Quel que soit le chiffre des dépenses de l'année, cette somme sera définitivement acquise au Service et, s'il y a lieu, l'excédent sera porté sur l'année suivante.

II. — Etablissement des listes d'indigents.

Art. 6.—Dans chaque commune une Commission d'Assistance assure le Service de l'assistance et établit la liste des indigents.

Elle est composée :

1° Du Maire, président, ou de son délégué, en aucun cas étranger au Conseil municipal ;

2° De trois Conseillers municipaux désignés par leurs collègues ;

3° D'un membre du Bureau de bienfaisance désigné par le Préfet, ou si la commune ne possède pas de Bureau de bienfaisance, d'un membre pris parmi les contribuables de la commune et désigné par le préfet ;

4° D'un médecin de l'Assistance nommé par les autres membres de la Commission ;

5° D'un pharmacien nommé dans les mêmes conditions.

La voix du Président, en cas de partage égal du nombre des votants, est prépondérante.

Les pouvoirs de cette Commission auront la même durée que celle des Conseils municipaux.

Les inscriptions sont individuelles.

Art. 8. — La liste de gratuité, dressée en double expédition, est soumise, dans la session de mai, au Conseil municipal, qui peut proposer les modifications qu'il juge convenables. Elle est adressée à la Préfecture, avec la délibération y relative, avant le 1er juillet. Cette liste est définitivement arrêtée par le Préfet qui la retourne au Maire, après l'avoir soumise préalablement à la Commission départementale.

En cas d'*urgence*, le Maire peut, à tout moment de l'année, sous réserve de les faire ratifier par la Commission d'Assistance, apporter des additions à cette liste, laquelle devra être transmise, aussitôt après, à la Préfecture, pour que les mêmes additions soient portées sur la liste déposée dans les bureaux.

Art. 9. — Une copie de la liste des indigents est envoyée chaque année aux médecins du Service de l'Assistance par les soins du Maire.

Art. 10. — L'organisation de l'Assistance des indigents, instituée par le présent Règlement, constituant entre les communes et le département une association ayant un véritable caractère de mutualité, chaque année, dans la session ordinaire de mai, les Conseils municipaux votent les sommes que les communes doivent affecter, l'année suivante, au Service médical ; le Conseil général en fait autant à la session d'août.

Les fonds, provenant de ces votes, sont versés dans la caisse des Percepteurs et centralisés à la Trésorerie générale.

III. — *Service médical.*

Art. 11. — Tous les médecins, pharmaciens et sages-femmes qui ont adhéré au Service médical peuvent être appelés par les malades indigents au choix de ces derniers.

Art. 12. — Le service est fait au moyen de deux feuilles détachées d'un livre à souche et délivrées soit par le Maire, soit par son délégué, chaque fois qu'un indigent a des soins à demander au Service de l'Assistance.

L'une de ces feuilles, dite *feuille de maladie*, indique le numéro de la liste sous lequel l'indigent est inscrit, ses nom et prénoms, la distance kilométrique de son domicile à celui du médecin le plus proche ; elle est *conservée au domicile du malade*, et le médecin y mentionne la date de ses visites ou de ses consultations et la revêt de sa signature.

Cette feuille sert ensuite à contrôler les mémoires présentés à la Commission de vérification. Elle est remise, après guérison, au Maire, qui la conserve, pour l'envoyer à la Préfecture avec les mémoires des médecins et des sages-femmes.

Cette feuille suffit pour le cours d'une maladie.

Art. 13. — La seconde feuille, dite *billet de visite*, détachée du même livre à souche que la première, doit porter également le numéro de la liste, les nom et prénoms du malade, la distance kilométrique de son domicile à celui du médecin le plus proche, ainsi que le nom du médecin choisi.

C'est sur la production de ce billet de visite que les médecins et sages-femmes donnent aux malades les soins relevant de leur profession.

Ce billet est conservé par les médecins et les sages-femmes, qui doivent y inscrire leurs soins, avec les prix en regard, et le remettre, chaque année, au Maire, en même temps que leurs mémoires, pour être transmis à la Préfecture.

Dans les cas urgents, les médecins et les sages-femmes peuvent être appelés directement par le malade ; mais le billet qui leur est destiné devra leur être remis dans les 24 heures.

Un seul billet suffit également pour le cours d'une maladie.

Art. 14. — Les médicaments nécessaires aux indigents sont fournis par tous les pharmaciens qui acceptent le tarif annexé au présent Règlement.

Ils peuvent l'être par les médecins, en se conformant aux lois et règlements en vigueur.

Art. 15. — Il ne peut être délivré d'autres médicaments que ceux inscrits au tarif, tel qu'il est annexé au Règlement, sauf cas exceptionnels et sur ordonnance motivée.

Les spécialités et les eaux minérales ne peuvent en aucun cas être mises à la charge du Service.

Art. 36. — Les ordonnances, faites sur une feuille de papier quelconque, doivent, en outre des prescriptions et de la signature du médecin, porter le numéro de la liste, les nom et prénoms du malade et la date de la visite ou de la consultation.

Art. 17. — Les pharmaciens présentent les ordonnances à l'appui de leurs mémoires, lesquels sont établis d'après les prix inscrits au tarif.

Art. 18. — Chaque indigent doit, dès le début de la maladie, pour laquelle il a recours à l'Assistance gratuite, désigner le médecin dont il désire recevoir les soins et il ne le peut changer qu'avec l'autorisation du Président de la Commission d'Assistance.

Art. 19. — Les sages-femmes sont chargées du service des accouchements. Le médecin ne peu être appelé que sur la demande de la sage-femme qui a constaté la nécessité de son intervention.

IV. — *Comptabilité.*

Art. 20. — Tous les ans, avant le 15 février, les médecins, pharmaciens et sages-femmes doivent, sous peine de déchéance de leurs droits, remettre aux Maires, qui les transmettent immédiatement à la Préfecture, les feuilles et billets de maladie ainsi que les ordonnances relatives à l'année écoulée.

Ces pièces sont accompagnées d'un bordereau récapitulatif, conformément au tarif adopté.

Les médecins qui délivrent des médicaments dans les conditions prévues à l'art. 14 produisent deux mémoires. Sur l'un, ils portent exclusivement leurs soins médicaux, sur l'autre les médicaments qu'ils ont fournis.

Art. 21. — Une commission centrale de vérification siégeant au chef-lieu du département composée de trois docteurs en médecine et trois pharmaciens, présidée par un délégué de l'Administration, est chargée de reviser les mémoires des médecins, pharmaciens et sages-femmes, et, en cas d'insuffisance de crédit, de procéder à une réduction proportionnelle, qui ne pourra pas, pour les pharmaciens, dépasser 20 % du tarif réduit.

Aucun mémoire n'est payé avant que la Commission n'ait terminé son travail de revision et sans son approbation.

Art. 22. — Les membres de la Commission de vérification sont nommés par le Préfet pour trois ans. Il sont pris :

1° Sur une liste de six noms, proposée par les médecins à la suite d'un vote sous pli cacheté, auquel peuvent prendre part, tous les médecins du département qui veulent bien collaborer au Service médical ;

2° Sur une liste de six noms proposée par les pharmaciens dans les mêmes conditions.

Art. 23. — Le prix des soins médicaux est fixé comme suit :

1 fr. par visite, dans l'agglomération et un périmètre de 1 kilomètre de rayon, plus 0 fr. 50 c. par kilomètre (sans retour), la distance kilométrique étant celle qui existe entre le domicile du médecin le plus voisin et le domicile de l'indigent. Toute fraction, inférieure à cinq hectomètres, est négligée et toute fraction supérieure à ce chiffre comptée pour un kilomètre. Dans le cas de deux ou plusieurs visites à des indigents, donnant lieu à un déplacement, l'indemnité kilométrique ne sera allouée qu'une seule fois et calculée sur la plus longue distance.

0 fr. 50 c. par consultation.

Les petites opérations sont comprises dans le prix des visites et ne donnent droit à aucune rémunération.

Le prix des opérations que le médecin aura faites d'urgence est fixé par la Commission de vérification.

Le prix des visites de nuit, est double de celui des visites de jour, sans augmentation du tarif kilométrique : les heures de nuit sont fixées de 9 heures du soir à 5 heures du matin.

Le tarif des médicaments est celui annexé au présent Règlement.

Art. 24. — La rétribution allouée aux sages-femmes est de 6 fr. pour chaque accouchement, y compris les soins à donner à l'accouchée. Dans aucun cas cette rétribution ne peut être réduite ; mais les sages-femmes n'auront droit à aucune indemnité kilométrique.

Art. 25. — Les communes, qui adopteront un autre mode d'organisation de la gratuité de l'Assistance médicale et pharmaceutique continueront à recevoir du département la même subvention que par le passé.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat régional de Laigle

15 Octobre 1892.

Présents : MM. Aury, *de St-Martin-d'Aspres* ; Bellier, *de Laigle* ; Carcopino, *de Verneuil* ; Chamousset, *de Bellême* ; Forget, *de Sainte-Gauburge* ; Levassort, *de Mortagne* ; Grand, *de Tourouvre* ; Martelli, *de Rugles* ; Pachon, *de Courtomer* ; Rouyer, *de Laigle* ; Sauzay, *de Bourth*.

L'Assemblée décide à l'unanimité que le Syndicat de Mortagne, qui, à l'origine, 14 Mai 1883, comprenait l'arrondissement de Mortagne et les cantons limitrophes, sera désigné à l'avenir sous le nom de *Syndicat médical régional de Laigle*, sans délimitation fixe et qu'il sera ajouté en sous-titre : *Extension du Syndicat de Mortagne.*

Il est décidé en outre que le Siège du Syndicat sera Laigle et que les réunions auront toujours lieu en cette ville deux fois par an au commencement de Mai et au commencement d'Octobre.

Les comptes rendus des séances devront être imprimés et adressés le plus promptement possible aux membres sociétaires.

Le présent compte rendu sera adressé à tous les médecins de la région de Laigle, dans l'Orne et dans l'Eure.

Le paiement des cotisations devra être fait dans le mois de Janvier, en envoyant un mandat-poste ou autre valeur au trésorier. Dans le courant de Février, le recouvrement des cotisations non payées sera fait par les soins du trésorier, au moyen de traites postales, avec addition de 0 fr. 50 pour les frais.

Dès maintenant le recouvrement des cotisattons en retard devra être fait le plus promptement possible.

Il est décidé quo le Syndicat continuera son adhésion à l'Union des Syndicats de France.

Toutes ces décisions ont été prises à l'unanimité.

—

Il est procédé à l'élection des Membres du Bureau.

Sont nommés, *Président* : M. Rouyer, *Vice-Président* : M. Chamousset ; *Secrétaire* : M. Levassort ; *Trésorier* : M. Aury.

M. Rouyer est nommé délégué pour représenter le Syndicat à l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats de France, qui aura lieu à Paris le Dimanche 27 Novembre prochain.

La prochaine réunion aura lieu à Laigle, le Lundi 1er Mai 1893, dans une des Salles de l'Hôtel de Ville, gracieusement mise à la disposition du Syndicat par M. le Maire de Laigle.

REPORTAGE MÉDICAL

La loi Chevandier. — La loi vient d'être définitivement votée par le Sénat, telle qu'elle était revenue de la Chambre des Députés. Elle va être promulguée et entrera en vigueur, au bout d'un an. Mais *nous pouvons déjà informer nos confrères, officiers de santé, que dès aujourd'hui l'administration ne s'opposera pas à ce qu'ils exercent par toute la France, sans être désormais astreints à la limite du département.* L'Assemblée générale du 27 fera ressortir les détails des progrès accomplis par *la loi Chevandier.*

— *Les étudiants et le Conseil municipal.* — Une série d'incidents moitié-comiques, moitié-sérieux, vient de se dérouler, mettant en conflits le Conseil municipal et l'administration de l'Assistance publique, d'une part, et d'autre part, les internes et externes des Hôpitaux de Paris, et derrière eux, tous les étudiants en médecine, et, l'on peut même dire, le corps médical tout entier. Il y a, ce nous semble, un enseignement à tirer de cette aventure, et on nous permettra d'y insister un peu.

Il y a quelques jours, la commission municipale des hospices faisait une promenade administrative à l'hôpital Saint-Antoine, guidée par le directeur dudit hôpital. Pénétrés de l'importance de leur mission, se sentant chez eux, les conseillers déambulaient tête nue, à travers les salles, en jetant, de ci, de là, un coup d'œil sur le parquet, les fenêtres, le plafond, les lits et les malades, glanant une critique qui pût montrer qu'ils avaient le coup d'œil perspicace. En sortant d'une salle où la quinte de toux lamentable d'un tuberculeux venait de « leur fendre le cœur », et de leur montrer combien respectable est un hôpital à cause des misères qu'il abrite, deux ou trois d'entre eux, M. Strauss, notamment, passèrent la tête par la porte d'une petite pièce attenante, servant de bureau à la surveillante, afin de vérifier si tout était en ordre.

Il n'y avait dans cette pièce qu'un externe, qui, le chapeau sur la tête, fumait une cigarette ; il regarda curieusement ces trois têtes qu'il ne connaissait pas, les prit probablement pour des curieux ou des étudiants de vingtième année, et continua à fumer tranquillement sa cigarette. Pas contents, les trois conseillers retirèrent leurs trois têtes et se mirent à marmotter : « Comment ! on ne respecte pas l'hôpital ! il y a, à côté, de pauvres malades qui toussent ! et ici nous voyons un étudiant qui n'en est pas plus triste ! et qui fume sa cigarette ! le chapeau sur la tête ! Nous sommes nu-tête, nous ! Pourquoi n'est-il pas nu-tête ? Pourquoi ne s'est-il pas découvert devant nous ? Nous sommes les représentants de la Ville de Paris ? Ce jeune homme fonctionne ici : donc il est fonctionnaire : nous sommes donc ses supérieurs. Il faut qu'il s'excuse, ou sinon...... » Après cette menace, le directeur invité à prendre la parole, et désolé de se trouver ainsi pris entre l'enclume et le marteau, balbutia quelques mots timides. Mais aussitôt, M. Strauss s'avança et somma l'étudiant, M. Salmon, d'avoir à laisser sa cigarette et à quitter son chapeau. Celui-ci répondit qu'il ne le connaissait pas, et, par suite, qu'il n'avait pas à le saluer.

Une plainte fut portée à M. Peyron, directeur de l'Assistance publique. Celui-ci révoqua immédiatement M. Salmon. Mais déjà les édiles, craignant d'avoir dépassé la mesure, et de se trouver livrés au rire vengeur de tous ceux qui, à Paris, savent juger une action et une pensée, demandèrent que la peine fût diminuée. M. Peyron commua aussitôt la révocation en suspension pendant trois mois.

De là, protestations des internes et externes des hôpitaux sous les fenêtres du Conseil municipal ; un journal politique raconte que M. Cattiaux, indigné, a demandé pourquoi on ne les repoussait pas à main armée. Protestations à la Faculté où M. Brouardel promet de faire des démarches qui n'ont eu d'ailleurs aucun résultat. Protestations aux concours de l'Internat et de l'Externat qui sont suspendus jusqu'à nouvel ordre.

Les étudiants, repoussant une proposition de grève générale, se sont mis d'accord sur les points suivants : Revision des règlements en vigueur, continuation des protestations actuelles et... cam-

pagne contre l'administration sur toute la ligne. On verra qui aura le dernier mot.

Nous n'insisterons pas sur le ridicule inouï dont viennent de se couvrir nos conseillers municipaux dans cette aventure, le simple exposé des faits a suffi pour cela.

Mais ce qui nous importe beaucoup plus, c'est la tendance montrée par l'administration dans cette affaire à voir des fonctionnaires dans les étudiants. Il n'y a pas longtemps, M. Gassot s'est élevé avec beaucoup de force, dans ce journal, contre la tendance qu'on a à fonctionnariser les médecins. On semble oublier que partout où il s'agit d'assistance médicale, le médecin est l'auxiliaire indispensable qui fait l'aumône de son temps et de sa science, et non le fonctionnaire qui doit tous ses efforts moyennant un salaire. Si le Conseil municipal paie de ses deniers, les médecins et les étudiants paient de leur personne, ce sont eux qui sont au premier rang à la peine, ce sont eux qui devraient l'être aussi à l'honneur.

— *Société française d'hygiène.* — Récemment un banquet réunissait au Grand-Hôtel les collègues et les amis du Dr de Pietra-Santa, à l'occasion du cinquantenaire de sa réception au doctorat en médecine. Un grand nombre de médecins français et des représentants de la plupart des pays étrangers avaient tenu à témoigner, par leur présence, de la haute estime dans laquelle ils tiennent le savant secrétaire général de la Société.

— Dans son assemblée générale du 18 novembre l'*Association des Dames Françaises* a décerné la Grande Médaille d'Honneur au Dévouement à notre collègue le Dr Monnet, rédacteur scientifique de la *France*.

M. Monnet a fondé cette année plus de vingt comités de secours aux blessés sur le territoire français.

— « La Ligue contre la tuberculose continue son « œuvre. Le samedi 26 novembre, à 8 h. 1/2 du soir, « M. le Professeur Verneuil (de l'Institut) présidera « une conférence qui sera faite sur l'organisation « de cette ligue, en France, par M. le Docteur « Armaingaud, agrégé de la faculté de médecine de « Bordeaux, dans la salle de la Société nationale « d'Horticulture, 84, rue de Grenelle, à Paris.

« Tous nos lecteurs pourront y assister sur la « présentation de leur carte. »

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3755. — M. le Dr Poix, de Montauban, présenté par M. le Directeur.

N° 3756. — M. le Dr Savary, de l'Isle-Bouchard (Indre-et-Loire), membre du Syndicat de Tours.

N° 3757. — M. le Dr Ploquin, de Paris, présenté par M. le Dr Butte.

N° 3758. — M. le Dr Girard, d'Avesnes (Nord), membre du Syndicat d'Avesnes.

BIBLIOGRAPHIE

Anatomie descriptive et dissection, cinquième édition revue et corrigée, par le Dr J. A. Fort, professeur libre d'anatomie. Paris, 1892. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon. Prix : **30** fr.

La cinquième édition de l'*Anatomie* si connue de M. Fort vient de paraître. Nous ne doutons pas que cette édition n'ait autant de succès que les précédentes, parce qu'elle possède les mêmes qualités d'enseignement et que, de plus, par la refonte complète du 1er volume qui traite de l'anatomie générale et de l'histologie, M. Fort a fait de cette cinquième édition un ouvrage tout à fait nouveau. En outre, M. Fort a fondu dans cette édition son ouvrage si connu sur *les Centres nerveux*. Nous recommandons spécialement aux étudiants en médecine l'*Anatomie et dissection* de M. Fort, parce que cet ouvrage est vraiment remarquable par la précision, la clarté des descriptions et par une exposition facile et méthodique des parties les plus difficiles de l'anatomie. Son deuxième volume intitulé *Manuel de l'amphythéâtre*, le rend particulièrement précieux, il doit être le compagnon assidu de tout élève qui veut s'initier aux recherches anatomiques.

Dr Baratoux.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Vient de paraître :

Les attitudes du corps comme méthode d'examen de diagnostic et de pronostic, par le Dr L. Azoulay. Un volume broché, avec 17 planches dans le texte, **4** francs. (Société d'Éditions scientifiques, rue Antoine-Dubois, 4.)

Les nombreuses difficultés dont l'examen des maladies du cœur se trouve entouré, la presque impossibilité de porter un pronostic sur ces maladies ont poussé l'auteur à imaginer à la fois une attitude nouvelle du corps et une méthode d'examen de *diagnostic* et de *pronostic* par les attitudes. L'auteur expose dans son ouvrage toute la technique de sa méthode et aussi les bases physiologiques sur lesquelles elle repose, dans des paragraphes très distincts. Avant même que son ouvrage ait paru, à la suite de ses communications à l'Académie de médecine, sa méthode est vite entrée dans la pratique, et déjà plusieurs des principaux services des hôpitaux de Paris et de la province, et un grand nombre de médecins s'en servent journellement, ce qui en démontre pleinement la valeur.

Franco contre mandat de **3** francs **20** *pour MM. les membres du Concours médical.*

Manuel de chimie photographique, par E.-J. Maumené, docteur ès-sciences. Société d'Éditions scientifiques, rue Antoine-Dubois, Paris. Prix : **5** fr. Envoi franco contre un mandat.

Le développement de la photographie pratique n'a pas été suivi d'un développement théorique égal. Les principales actions chimiques de cet art admirable et notamment la production de l'image par les sels d'argent (chlorure, bromure, etc.) n'avaient pas été expliquées.

M. Maumené, l'éminent auteur de la *Théorie générale des actions chimiques*, pouvait seul donner une explication si nécessaire. Elle est l'objet capital du Manuel que nous offrons aujourd'hui au public.

Un ou deux jours d'étude suffisent pour s'habituer à la Théorie générale dont les calculs, toujours simples, n'exigent pas de connaissance mathématique supérieure à celle de la règle de trois; un enfant de 10 ans connaît aujourd'hui cette notion d'arithmétique et peut calculer une action chimique quelconque.

La vérité sur toutes les actions photographiques, sur la formation des *cotons azotiques*, des *collodions*, etc., se trouve *uniquement*, mais se trouve tout entière dans ce Manuel.

Tous les photographes sont chimistes : tous voudront faire une étude rendue si facile par M. Maumené. Avec le **Manuel** *aucune question photographique ne reste sans une solution exacte et complète.*

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année N° 49 3 Décembre 1892

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ÉCHOS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Dimanche dernier, 27 novembre, se sont tenues à Paris, au Grand-Hôtel, les Assemblées générales de l'Union des Syndicats et du Concours médical.

Un très grand nombre de confrères ont répondu à l'appel qui leur avait été fait et le corps médical de toute la France s'y trouvait représenté. Les délégués de Marseille y coudoyaient ceux de Brest, les délégués de Nantes ceux de Belfort et de la Meuse, les délégués de la Gironde ceux de la Normandie et du Nord.

La *revision des statuts* de l'Union des Syndicats y a été discutée largement, et de ces travaux consciencieux, sortira, il faut l'espérer, une activité plus féconde des syndicats dont les efforts ne demeureront plus dispersés.

Les questions professionnelles soulevées ne sont pas de celles qui peuvent se résoudre en un jour, mais les opinions échangées à ce sujet font prévoir que leur solution ne saurait tarder indéfiniment.

A l'*Assemblée du Concours*, on a fêté le vote de la loi sur l'exercice de la médecine, loi qui a peut-être encore quelques imperfections et quelques lacunes, mais qui n'en constitue pas moins un énorme progrès sur la législation surannée de l'an XI.

On s'est occupé de divers sujets du plus vif intérêt ; en définitive, il a fallu reconnaître qu'à l'avenir la journée entière serait indispensable pour traiter toutes les questions à l'ordre du jour de l'*Union* et à celui du *Concours*. La séance du Concours s'est terminée, quoique écourtée, à 7 heures et demie du soir.

A l'*heure des toasts*, tous ont applaudi aux paroles réconfortantes, aux conseils de haute moralité sociale et professionnelle que des maîtres en l'art de bien dire leur ont adressés.

Aussi la soirée était-elle fort avancée quand a commencé la récréation artistique qu'offrait, à ses invités, le Directeur du Concours Médical.

Faut-il le dire ? On a regretté que les conversations ébauchées n'aient pu se continuer librement comme on l'eût souhaité : il y a tant de conseils à réclamer des uns, d'avis utiles à donner aux autres, de renseignements précieux à prendre près de tous !

Qu'on se reporte aux études de 1881, aux vœux émis à cette époque et l'on constatera que, presque tous, ont reçu une satisfaction qu'on n'eût osé prévoir aussi complète.

Une grosse question a été mise en chantier : la création de la *Caisse indemnité-maladie*, de droit, que l'Association générale n'a pu se résoudre à voter et qui complétera, de la manière la plus heureuse, cette autre fondation du Concours médical, la *Caisse des pensions de retraite*.

Toutes ces études se retrouveront dans les numéros prochains, traitées avec tous les détails de la discussion à laquelle elles ont été soumises.

Au *banquet*, plus brillant que jamais, un peu de désarroi s'est produit : c'est que 78 confrères seulement ayant prévenu de leur assistance, il s'en est trouvé près de 120 à placer. L'aspect de la salle y a perdu et on a dû se serrer quelque peu ; mais ce sont là des incidents qu'on ne saurait regretter. Ils montrent l'intérêt qu'offrent nos réunions confraternelles, le plaisir qu'ont les habitués à s'y retrouver, le désir qu'ont les nouveaux venus de faire connaissance avec les confrères dont ils constatent, chaque semaine, l'activité constante et l'absolu dévouement.

Quelques regrets que cette mesure puisse causer aux amis d'une douce gaîté, les exhibitions du *Chat noir*, ou autres, devront être supprimées à l'avenir. Nous avons trop peu d'instants à nous donner mutuellement pour que nous ne consacrions pas, intégralement, ces quelques heures, à l'objet immédiat de nos réunions.

L'œuvre à laquelle s'est voué, depuis treize années, le Dr Cézilly, est en bonne voie : chaque année apporte son contingent de succès comme son contingent de labeurs, et à ceux qui seraient encore tentés de le contester ne peut-on répondre par cette affirmation d'une incontestable évidence :

Le Concours médical suit sa voie et chaque année ses œuvres se multiplient et se perfectionnent.

G.

LA SEMAINE MÉDICALE

La mort subite chez les accouchées.

M. le Dr *Vinay*, de Lyon, a eu l'occasion, dans son service d'accouchements de l'Hôtel-Dieu, de faire de nombreuses études sur les cas de mort subite chez les accouchées, et il résume dans le tableau suivant, les lésions qui lui paraissent devoir être toujours incriminées :

1° L'embolie du cœur droit et de l'artère pulmonaire ;
2° L'entrée de l'air dans les veines ;
3° La syncope et le shock ;
4° Des lésions diverses :
a) Maladies du cœur et ruptures de poches anévrysmales ;
b) Hémorrhagies cérébrales et méningées ;
c) Hémoptysies et hématémèses foudroyantes ;
d) Epanchements pleurétiques ;
e) Rupture d'un abcès du foie, etc.

1° L'embolie de l'artère pulmonaire et du cœur droit constitue le mode le plus fréquent de la mort subite chez les accouchées.

La coagulation du sang dans les veines se fait au niveau des veines utérines, sous l'influence d'une septicémie plus ou moins généralisée ou simplement d'un état d'anémie extrême : contre cet accident terrible, il faut employer le repos absolu de la malade, les injections hypodermiques de camphre et d'éther par 20 centigrammes toutes les 5 minutes. L'antisepsie utérine est toujours une garantie contre les embolies septicémiques.

2° L'entrée de l'air dans les veines se fait soit par l'utérus même (manœuvres de rupture de la poche des eaux, version), soit par les sinus utérins ouverts largement.

La cause de la mort n'est pas due à des embolies aériennes des coronaires, elle doit être attribuée plutôt à l'arrêt du fonctionnement du cœur et à l'interruption de la circulation qui en résulte. Comme l'ont indiqué Dupuytren, Magendie, Cormack, il y a surdistension de l'oreillette droite et impossibilité pour elle de se contracter sur son nouveau contenu, qui est élastique. La mort survient d'autant plus rapidement que la distension est plus rapide et plus complète.

Le traitement tendra surtout à relever l'énergie cardiaque et à combattre l'asphyxie rapide. On utilisera les réactifs cutanés, les injections hypodermiques d'éther et de camphre, la respiration artificielle, les inhalations d'oxygène, la faradisation de la région précordiale.

3° La syncope survient soit à la suite de grandes hémorrhagies, soit à la suite d'une sorte d'inhibition nerveuse, comme dans le cas de compression fortuite de l'ovaire dans l'application de la méthode de Crédé pour la délivrance.

Le traitement ne comporte aucune indication spéciale. Pour les autres modes de mort subite chez les accouchées, ils sont évidemment rares et réclament surtout un traitement prophylactique pendant la grossesse.

Avortement criminel.

M. le Dr *Vibert* rapporte à la Société de Médecine légale, à propos de l'instruction de la fille Thomas, célèbre avorteuse du quartier des Batignolles, qui a fait environ 80 opérations de ce genre, des observations intéressantes au sujet de la dextérité et de l'audace de cette catégorie de praticiennes, pour arriver au résultat attendu. Deux points sont importants dans ces remarques : Le premier concerne le procédé employé pour les avortements, le second la façon dont les femmes ont supporté ce procédé.

Ce procédé est celui de l'injection qui, du reste, est de beaucoup le plus usité maintenant pour l'avortement criminel. La fille Thomas opérait en se servant de ce petit injecteur vaginal que l'on voit dans la montre de toutes les boutiques d'herboristerie ; elle introduisait la canule dans le col de l'utérus avec une seule main et sans se servir du spéculum. Les tâtonnements qui précédaient la mise en place de la canule ne duraient guère plus d'une ou deux minutes, et, ensuite, l'injection était faite, soit avec de l'eau, soit avec une infusion d'une plante quelconque.

Cette manœuvre est, incontestablement, très difficile.

Comment les patientes supportent-elles l'opération ? En général, les injections n'occasionnent pas de douleurs, ni pendant l'introduction de la canule, ni pendant l'injection, mais elles provoquent parfois immédiatement un malaise général indiquant une perturbation profonde du système nerveux, qui, dans un cas, a produit une mort subite. Ce fut cette mort qui mit le parquet sur la trace.

La mort survenant dans de telles conditions ne peut être expliquée que par une action réflexe, par une inhibition du système nerveux provoquée par l'excitation du col de l'utérus. Il est, assurément, extrêmement rare de voir une excitation de ce genre occasionner une inhibition mortelle, mais beaucoup moins exceptionnels sont les troubles réflexes occasionnés par l'injection et constituant une ébauche de ce qui s'est passé dans le cas de mort subite.

Il aurait été intéressant de noter combien de temps après l'opération s'effectue l'avortement ; en général l'avortement avait lieu dans un délai très court. Chez plus de la moitié des femmes, l'écoulement sanguin aurait commencé dans les 24 heures qui suivirent l'opération, et, le plus souvent, 6 à 8 heures après.

Le traitement des granulations conjonctivales par le brossage antiseptique.

M. le Dr *Maréchal*, de Brest, qui exerce depuis plus de dix ans dans la presqu'île armoricaine, affirme que les granulations conjonctivales s'observent aussi bien sur le littoral marin que dans les régions à altitude élevée, contrairement à l'opinion de M. Chibret. Il critique le traitement de cette affection si rebelle, par le brossage antiseptique de Pilz, recommandé par MM. Abadie et Darier. Ce traitement consiste dans des scarifications à ciel ouvert avec chloroformisation, canthoplastie, retournement des paupières, puis dans le brossage avec une solution de sublimé à 1/500.

M. Maréchal formule les reproches suivants contre l'emploi de la brosse :

Les petits balais à brins forcément inégaux qui composent la brosse :

1° Se dérobent individuellement à la surveillance du chirurgien qui ne peut apprécier *ni* le point exact où ils s'insinuent, *ni* le résultat de leur pression ;

2° Débordent la surface assez étroite sur laquelle on les promène et peuvent s'égarer soit dans la file des cils, soit (chose plus grave !) à la surface de la cornée avec toutes les chances nuisibles de l'inoculation d'un tissu indemne jusque-là ;

3° Font souvent jaillir au loin les liquides qui baignent la conjonctive, le sang et surtout les éléments granuleux, d'où le danger d'infection pour le voisinage et les assistants ;

4° Mais par-dessus tout, l'action de la brosse peut être, (sans qu'on le puisse mesurer à l'avance puisque la surface traumatique est masquée), trop *inutilement brutale et spoliatrice*, sur les bandelettes de conjonctive interposées aux scarifications, *impuissante* à l'égard des corps granuleux peut-être incomplétement libérés par des incisions insuffisamment profondes.

M. Maréchal préfère de beaucoup le procédé du *massage* et du *foulage* des granulations qui se pratique de la façon suivante :

On étale la paupière retournée sur la plaque spatulée usitée dans les opérations des paupières et maintenue sur ce *plan d'appui régulier* et l'y fixant avec les griffes de M. Landolt, et on roule *avec pression croissante* un cylindre résistant et lisse, un manche d'ophthalmoscope par exemple, ou le rouleau de M. Knapp, *en observant ce qui sort des scarifications entre-bâillées* (manœuvre analogue à celle du rouleau pesant sur les routes récemment ferrées). On peut y revenir patiemment et jusqu'à effacement complet de toutes les petites éminences qui signalent la présence des granulations et on le fera d'autant plus aisément qu'au lieu de scarifier parallèlement au sillon postérieur oculo-palpébral, on scarifiera perpendiculairement à ce sillon et au bord ciliaire de la paupière, et qu'on exercera les pressions dans ce même sens, c'est-à-dire du cul-de-sac vers le bord ciliaire.

Les résultats obtenus sont absolument remarquables ; les granulations disparaissent rapidement.

Des dangers de l'opium dans le traitement des hémoptysies.

D'après le professeur Huguenin, de Zurich, on aurait tort d'administrer indistinctement les opiacés à haute dose dans tous les cas d'hémoptysies, ainsi que cela se fait couramment. Cette pratique serait souvent directement nuisible, car les narcotiques, en supprimant les efforts de la toux, peuvent empêcher l'expulsion du sang amassé dans les bronches. Dans les hémoptysies légères ou d'intensité moyenne, M. Huguenin fait coucher le malade, lui recommande de respirer lentement, mais profondément, et se borne à l'emploi de ventouses sèches, suivies de l'application de compresses humides de Priessnitz ; il ne donne quelques petites prises de morphine que lorsque la toux lui paraît excessive.

M. Huguenin admet deux groupes d'hémoptysies : dans le premier, le sang épanché est immédiatement rejeté au dehors ; le traitement doit consister en repos au lit, usage de glace, injections hypodermiques de morphine ; dans le 2e groupe, le sang coule dans les bronches et s'y amasse ; le traitement par la morphine est formellement contre-indiqué. M. le Dr Koniger (de Lippspringe) partage la même opinion ; car il a vu des accidents mortels survenir par administration de morphine chez des malades atteints d'hémoptysies.

Il tâche de se borner, autant que posssible, à l'usage de la glace, des révulsifs, de l'hydrastis canadensis et de l'ergotine. Cette dernière substance ne doit jamais être employée, d'après lui, autrement qu'en injections hypodermiques, car son administration par la bouche est généralement suivie de troubles gastriques qui augmentent considérablement l'état d'épuisement et de dépression survenant toujours à la suite d'une hémoptysie tant soit peu abondante.

Traitement de l'anthrax par les injections interstitielles d'acide phénique.

Sur trois cas d'anthrax volumineux du cou, M. le Dr *Allan B. Murray* a expérimenté les injections interstitielles d'acide phénique en se conformant aux principes suivants :

On introduit l'aiguille d'une seringue hypodermique, contenant environ 15 gouttes d'acide phénique pur, profondément dans le centre des tissus enflammés et on change la direction de l'aiguille 3 ou 4 fois pendant qu'on pratique l'injection. Cette opération détermine une douleur très intense, mais pour un instant seulement, car le pouvoir anesthésique de l'acide phénique se manifeste presque immédiatement. Dans les quarante-huit heures qui suivent ce traitement, la douleur diminue et devient bientôt si légère qu'une simple sensation de gêne se produit à la suite de la contraction des muscles sous-jacents à la pustule. Les tissus œdématiés, si sensibles auparavant, prennent une apparence plus saine avec sensibilité légère, le processus inflammatoire actif semblant se localiser complètement. Après le dixième jour, l'évolution se fait comme celle d'un furoncle ordinaire, l'anthrax devenant le siège d'une suppuration prolongée et éliminant des portions de tissu gangréneux.

Nous croyons toutefois que le remède par excellence est toujours la chloroformisation et la destruction profonde du foyer au thermo-cautère, suivie de circumvallations au thermo-cautère autour de la tumeur. Un pansement iodoformé compressif appliqué sur la vaste plaie qui en résulte, amène généralement la guérison en 12 ou 15 jours.

Diagnostic de l'aortite.

Dans une récente clinique de l'hôpital Necker, M. le Dr *Rendu* a insisté sur les difficultés du diagnostic de l'aortite ou athérome de l'aorte à l'occasion d'un malade particulièrement complexe au point de vue symptomatique. Rappelons en deux mots ces symptômes : au milieu d'un ensemble de caractères indéniables de bonne santé, le malade est pris subitement, particulièrement le matin, de vertiges oculaires et auriculaires durant quelques secondes, puis survient une anxiété précordiale très intense avec palpitations irrégulières et constrictions rétro-sternales; en même temps il ressent un engourdissement douloureux du bras droit jusqu'aux doigts, et des fourmillements insupportables. L'accès dure quelques minutes et se termine par l'émission d'urine claire et des sueurs froides abondantes. Il reste un peu de lourdeur cérébrale et de fatigue générale après cet accès.

Le diagnostic de cette affection est évidemment

ardu et nécessite, pour être complet, une analyse détaillée des symptômes. Le vertige se rencontre dans un grand nombre de maladies : le vertige épileptique s'accompagne de perte de l'intelligence, perte do connaissance, et, momentanément, il y a disparition de tout sentiment de la vie. De plus, pour expliquer l'épilepsie, il y a presque toujours des antécédents héréditaires ou personnels.

Le vertige gastrique à deux modalités : il se produit à jeun ou bien il se produit au moment de la digestion. De plus il se rencontre chez des gens qui ont des malaises quotidiens, qui sont dyspeptiques, constipés, qui ont des troubles intestinaux.

On pourrait croire à un vertige de Ménière ou simplement à un vertige auditif. Mais, dans le vertige auditif, il y a persistance des bourdonnements dans l'intervalle des crises, ce qui ne s'observe pas dans l'aortite.

On arrive donc par exclusion à penser qu'il y a un trouble de la circulation cérébrale ; il peut être sous la dépendance de l'anémie ou de la congestion.

On peut, par simple présomption, croire à de la congestion, si l'individu a la face injectée, les joues violacées ; cependant, certains de ces individus ont de l'anémie des centres nerveux.

Mais les troubles de constriction rétro-sternale et d'engourdissement du bras droit pourraient être dus à une angine de poitrine ?

L'apparition brusque des accidents, la sensation de constriction sur la poitrine, le point de départ de la douleur qui semble être au niveau de la pointe du cœur, la dispersion de cette douleur dans toute la zone précordiale, les irradiations douloureuses à tout le bras marquent bien le début d'une angine vraie. Dans l'aortite la douleur revêt un mode spécial, elle s'irradie dans tout le côté droit sans excepter le bras du même côté. Dans l'angine, le côté droit peut aussi être envahi ; mais en même temps le côté gauche est toujours pris.

De plus, ce n'est pas une douleur matérielle en quelque sorte qu'éprouve l'aortique ; c'est une simple sensation d'engourdissement.

Dans l'angine vraie, on ne constate pas de troubles cérébraux, ni de vertiges, ni de bourdonnements d'oreilles, ni d'aphasie momentanée.

Par contre, les angineux vrais ont des troubles pulmonaires, avec de fréquentes poussées de congestion et des hémoptysies.

En auscultant la région aortique, on peut percevoir un souffle systolique rude et râpeux, indice d'un rétrécissement aortique.

En dernière analyse, on éliminera l'anévrysme aortique par la constatation de l'absence de signes de compression des organes intra-thoraciques et de modifications du côté du pouls à droite et à gauche.

Le pronostic est évidemment grave ; car les plaques athéromateuses de l'aorte s'étendent en surface et amènent tôt ou tard la formation d'anévrysmes.

Dans le traitement, il faut d'abord chercher à supprimer les changements brusques de pression qui se produisent du côté de la circulation cérébrale et l'opium, donné à petites doses et d'une façon prolongée aura de bons effets. On peut aussi recourir à la trinitrine ; matin et soir, III gouttes d'une solution alcoolique au centième dans 100 grammes d'eau. Enfin, l'iodure de potassium à la dose de 0,50 par jour peut agir sur le processus athéromateux. Enfin, on emploiera fréquemment les révulsifs précordiaux tels que pointes de feu, vésicatoires volants, etc.

De la contagion du cancer.

Depuis quelques années, la médecine et la chirurgie se voyant toujours impuissantes malgré tous leurs progrès contre deux grands fléaux de l'humanité, la tuberculose et le cancer, se sont liguées pour combattre par tous les moyens possibles ces deux horribles maladies. On s'occupe activement de rechercher le traitement de la première et sa prophylaxie, car on croit en connaître bien les causes ; mais le second est encore enveloppé de mystères innombrables, si bien qu'on n'en connaît même pas encore les causes. Depuis longtemps seulement, on a remarqué sa transmission par hérédité, mais c'est tout ce que l'on en savait, il n'y a encore que dix ans. Quelques médecins voulaient en faire un fléau spécial aux arthritiques, mais bien des faits venaient infirmer cette théorie. En 1887, M. Rappin crut avoir découvert le germe du cancer, mais cette prétendue découverte n'a jamais été confirmée. Les histologistes modernes sont extrêmement divisés sur la question microbiologique du cancer ; il est certain que la science ne possède pas encore le secret du cancer. Toutefois, M. *Guelliot*, de Reims, fait remarquer, dans un intéressant travail paru dans la *Gazette des Hôpitaux*, que l'observation clinique semble donner raison aux contagionistes du cancer. On a déjà pu étudier des sortes d'épidémies de cancer ; citons les épidémies de Saint-Sylvestre de Cormeilles (Dr Arnaudet), des environs de Soissons, Oulchy-le-Château (Dr Manichon), d'un village des Ardennes (Dr Fabre), d'Oyonnax (Dr Fiessinger). On connaît aussi les relations de contagion de mari à femme ou réciproquement, les faits d'auto-inoculation (Velpeau). M. Guelliot en conclut :

Le cancer a les allures d'une maladie infectieuse ; parasitaire ou non, il évolue comme si, venu de l'extérieur, il pénétrait dans l'organisme à la faveur d'une solution de continuité, évoluant d'abord sur place, puis par une série de greffes successives, donnant naissance à des productions secondaires ;

Il est inoculable au porteur, chez l'homme ;

Il est inoculable d'un animal à un autre animal de même espèce ;

Peut-être l'est-il de l'homme à l'animal ;

Or, toutes les maladies inoculables peuvent être contagieuses.

Etant donné un sujet malade, un sujet sain mais en état de réceptivité, une affection susceptible de greffe ou d'inoculation, on peut toujours supposer une circonstance ou une série de circonstances, grâce auxquelles le germe pathogène sera porté de l'un à l'autre : c'est de la contagion dans le sens étendu qu'on admet généralement.

Il nous paraît donc que les faits rapportés jusqu'ici font soupçonner que la contagion est possible, et même probable : le *cancer doit être contagieux*.

La contagion se fait par inoculation directe et aussi par les linges souillés ou par des objets d'usage commun.

M. Dève nous a communiqué l'histoire très intéressante d'un homme jeune encore (trente-huit

ans), non héréditaire, atteint d'un cancer de la langue ; quelques années avant, son beau-père était mort d'un épithélioma ayant débuté par l'aile du nez et ayant envahi la face et le maxillaire supérieur : le gendre avait l'habitude de fumer les pipes dont son beau-père avait fait usage.

L'incubation varie de quelques mois à plusieurs années : environ 72 % succombent dans les cinq années qui suivent le décès du cancéreux contagionneur.

La contagion est atténuée, ou, comme le disait déjà Velpeau, « n'est pas facile » : elle exige des conditions de réceptivité heureusement peu fréquentes : N'est pas cancérisable qui veut. Le germe, le grain est quelque chose, mais il lui faut un terrain propice, une aptitude de l'organisme qui lui permette de trouver les conditions nécessaires à son développement. « Grâce à Dieu, s'écrie Trousseau, lorsque les germes morbifiques sont semés à travers les populations, ils ne lèvent pas tous, autrement le monde serait un vaste désert ! »

CLINIQUE

Les injections médicamenteuses hypodermiques.

Hôpital Necker. — M. le Professeur Peter.
Leçon recueillie par le Dr Hervouet.

Messieurs,

Je vais vous parler aujourd'hui de la médication hypodermique, en exposant d'abord celle qui a fait ses preuves, puis celle qui est en train de faire ses preuves.

Faire pénétrer dans l'organisme un médicament intact, non altéré par l'estomac et par le foie, c'est l'idéal de la thérapeutique. Les médicaments n'agissent que lorsqu'ils sont absorbés ; s'ils passent par le tube digestif, ils ont toujours subi une altération, tandis que si on les fait pénétrer directement dans le torrent circulatoire, ils conservent toute leur activité : c'est là le grand avantage des injections hypodermiques.

D'autre part, l'injection, sous la peau, de substances médicamenteuses agit sur les expansions terminales des nerfs : il y a donc : 1° absorption directe ; 2° impression des centres nerveux par le système circulatoire ; 3° action sur les expansions terminales des nerfs.

Les expériences de Roger prouvent que les substances alcaloïdiques perdent une partie de leur action, après avoir passé par le foie, tandis que par les injections sous la peau, on a la pleine puissance du médicament. Cela est démontré depuis longtemps pour la morphine, et la démonstration est bien plus évidente encore pour le curare, mortel par les injections hypodermiques, et d'un effet nul, s'il passe par l'estomac. Cela est vrai aussi de la nicotine, de la strychnine, etc.

I. Voyons quelles sont les injections ayant fait leurs preuves.

Il faut parler d'abord de celles qui sont devenues tout à fait banales, ce sont les injections de *morphine*. Il résulte des expériences de Roger, que leur action est deux fois plus puissante que celle de la morphine donnée par la voie buccale. Cette puissance d'action a rapidement conduit à l'abus, mondain et médical.

L'abus mondain est la morphinomanie : les injections procurent un tel sentiment de bien-être, que bientôt le patient devient impatient de morphine ; il est obligé de répéter les injections de plus en plus souvent ; c'est l'abus, c'est la morphinomanie.

L'abus médical vient de ce que les médecins emploient intempestivement les injections de morphine. Leurs indications sont la douleur et l'insomnie. La douleur on la calme, mais l'insomnie, pas toujours. Si l'insomnie tient à la douleur, c'est très bien, le sommeil arrive quand celle-ci est calmée. Si l'insomnie ne vient pas de la douleur, ce n'est pas la morphine, c'est le chloral qu'il faut donner.

Mais si l'on a raison de donner la morphine contre la douleur, on a souvent le tort de croire avoir tout fait en la calmant. Prenons comme exemple la douleur qui vient de la pleurésie, et notamment la *pleurésie diaphragmatique*, une des formes les plus douloureuses : le malade désire par-dessus tout être soulagé, et le médecin se fait facilement son complice. Il y a douleur, mais son origine est l'inflammation, la phlogose ; et l'acte thérapeutique est incomplet, car il faut combattre, et l'inflammation, et la douleur. Il faut donc d'abord mettre des ventouses scarifiées pour combattre l'inflammation ; puis on fait une injection, parce que l'action des ventouses ou des sangsues n'est pas immédiate.

Dans la *névralgie sciatique*, la névralgie est consécutive à une névrilémite ; il y a inflammation du tissu fibreux qui se gonfle et étrangle les fibres nerveuses, cela est évident. C'est une inflammation *a frigore*, comme certaines manifestations rhumatismales : donc, ventouses scarifiées ou vésicatoires, si le fait est récent ; puis injection de morphine contre la douleur.

Deux mots maintenant sur les injections de *caféine*. L'indication est de combattre la débilité cardiaque ou générale. Il arrive que, sous l'influence, soit d'une névralgie cardiaque, soit d'une myosite cardiaque, le pouls devient faible et lent, et l'indication est formelle. Il faut faire des injections de 0 gr. 25 de caféine chaque fois, à trois ou quatre reprises, dans le courant de la journée.

Voici comment je formule la solution :

Caféine	1 gr.
Benzoate de soude.......	1 gr.
Eau distillée...............	4 gr.

L'effet est extrêmement rapide : le cœur devient plus fort et plus fréquent ; la débilité organique s'amende.

Une autre substance encore a fait ses preuves, c'est l'*éther*. Injecté à la dose de 1 gramme, non sous la peau, mais dans les muscles, il relève le pouls et les forces : il agit donc qualitativement plutôt que quantitativement.

Dans l'épidémie de choléra, j'injectais à chaque cholérique 0 gr. 25 de caféine, et 1 gramme d'éther, et je m'en suis très bien trouvé : le pouls et les forces se relevaient aussitôt. *Il faut injecter l'éther dans le muscle, parce que, sous la peau, il cause une douleur très vive, et parfois une eschare* ; or, dans la fièvre typhoïde, où les eschares se produisent facilement, l'éther peut donner facilement une nécrose du derme.

L'éther agit avec une telle puissance que dans des cas de perte utérine considérable, après l'accouchement (un kilo de sang, et plus,) une injec-

tion d'un gramme suffit pour ranimer le cœur et faire reparaître les pulsations. Le fait est indubitable. J'ai vu à la Pitié une femme qui avait perdu tant de sang par un fibrome de l'utérus, qu'elle en était exsangue et sans pouls. Le médecin qui la soignait, ne croyait ni à l'éther, ni à l'ergotine. Il me laissa, malgré cela, lui faire des injections. Je lui fis une injection d'un gramme d'éther, puis une seconde, puis une troisième, et le pouls se releva. Mais l'hémorrhagie continuait. Alors je lui fis une injection de liqueur d'ergot ; on répéta cette injection quatre ou cinq fois dans la journée, l'hémorrhagie s'arrêta, et la malade survécut. Vous voyez qu'ici, c'est la qualité qui a agi bien plus que la quantité.

Voici un autre fait analogue. Un jeune homme, de mes parents, avait une fièvre typhoïde extrêmement grave. Au 17e jour, survinrent des hémorrhagies intestinales abondantes, et en même temps des épistaxis ; au troisième jour de ces hémorrhagies, l'écoulement n'avait presque plus couleur de sang : c'est à ces injections associées qu'il a dû de renaître.

II. Nous allons parler maintenant des formes de cette médication qui sont en train de faire leurs preuves.

Au premier rang se place une médication quelque peu scabreuse, mais légitimée par la pureté des intentions et par l'intérêt scientifique : ce sont les injections de Brown-Sequard. Elles sont destinées, non pas à ressusciter la virilité, mais à donner de la vigueur à l'organisme ; et c'est pour cela que nous avons le droit de nous en occuper.

Mais d'abord un mot sur la puberté et la virilité. La puberté n'est pas marquée simplement par l'apparition de poils au pubis, mais aussi par une modification du larynx, telle que l'homme, par sa voix, annonce, à l'autre sexe, qu'il est mûr pour la reproduction.

Il n'est pas douteux que les glandes sécrètent incessamment ; la sécrétion est plus active au moment physiologique, mais elle n'en existe pas moins toujours, pour les glandes qui n'ont pas de tube excréteur, comme pour les autres : une preuve, c'est que l'absence de la glande thyroïde donne naissance à la cachexie myxœdémateuse. A la puberté, sous l'influence d'excitations visuelles, ou autres, les désirs sont éveillés, et font saliver les glandes ; mais les désirs inconscients, involontaires ne sont pas assouvis et l'organisme reprend les éléments à son profit : il y a résorption du suc spermatique. C'est ainsi, jeunes gens, que vous vous faites des auto-injections : de là vient la virilité. L'eunuque en est la preuve, il n'a plus de désirs, plus de virilité.

Quand on devient sénile (les recherches de Duplay père et de Gosselin prouvent que chez les vieillards le sperme est très peu riche), il y a décadence de la virilité, par absence de résorption spermatique.

C'est Brown-Sequard qui a constaté le premier que les glandes sécrètent toujours. Mais il a un précurseur : Buffon a eu la prescience de ce que Brown-Sequard a démontré. En 1774, il recevait d'un prêtre un long mémoire où celui-ci raconte les misères qu'il éprouva d'une continence forcée. Dès l'âge de 11 ans, il avait des désirs virils ; mais ses parents désiraient ardemment qu'il fût prêtre, et, pour ne pas leur causer de déplaisir, il obéit et se refusa toute satisfaction vénérienne. Il arriva que, lorsqu'il voyait une femme, il éprouvait des hallucinations, la femme lui paraissant entourée d'une auréole lumineuse. Puis survinrent des accès convulsifs épileptiformes et du délire qui dura pendant six mois. Avant cette dernière période, il avait, de temps à autre, des pertes séminales nocturnes qui le soulageaient.

Il n'était pas douteux que la virilité avait déterminé ces accidents, mais ce qui est intéressant, c'est ce que dit Buffon à ce sujet : « La liqueur séminale, *liqueur de vie*, la nature ne veut pas « qu'on en renferme la surabondance ; elle l'a destinée à se répandre et à passer de corps en « corps. Mais ce n'est que dans la force de l'âge ; « *elle n'est même salutaire que pour ceux qui savent se modérer*. Pour peu qu'on exagère, on en « éprouve des maux bien plus grands que ne « peut en faire naître la continence. A partir de « 50 à 60 ans, on peut facilement garder cette liqueur ; *c'est même un baume pour l'âge avancé*. »

On peut encore citer comme exemple ce fait que les animaux ayant des testicules hors de proportion avec le volume de leur corps, les petits chiens, les petits chevaux, sont bien plus actifs que les animaux de même taille d'autres espèces.

Comment prépare-t-on le suc testiculaire ? Des testicules de cobaye, de lapin, de bouc, de taureau, sont incisés, pilés, infusés dans la glycérine dans la proportion de 1/4 de substance pour 3/4 de glycérine ; ce liquide, infusé pendant quelque temps, est filtré et étendu d'une égale quantité d'eau bouillie. Mais ce n'est pas aseptique. La chaleur et les antiseptiques ne peuvent être employés, parce qu'ils altèrent profondément le liquide et lui enlèvent ses qualités. Alors M. d'Arsonval a eu l'heureuse idée de stériliser cette liqueur, en la soumettant à une pression considérable, dans l'autoclave (53 atmosphères). Les germes n'étant pas encore détruits par cette pression, il a placé l'autoclave dans un bain à 43° environ, et il a obtenu par ce moyen une pression de 90 atmosphères, qui détruit tous les germes. C'est cette substance aseptique qui est injectée, à la dose de 4 grammes de liqueur efficace, c'est-à-dire 8 grammes de liquide ; Brown-Sequard conseille de renouveler cette injection deux fois par semaine.

Il a employé cette liqueur sur lui-même, alors que, depuis un certain temps, il était incapable d'un travail de quelque durée, et très affaibli physiquement, étant âgé d'ailleurs de 72 ans. Dès les premières injections l'aptitude au travail revint, et toutes les fonctions, notamment la miction, la défécation, redevinrent faciles et normales.

Brown-Séquard ne s'en tint pas à cette action sur la sénilité ; il a généralisé, et il a eu l'idée d'employer ces injections dans l'ataxie locomotrice, non pas contre la sclérose des cordons postérieurs de la moelle, mais contre les troubles fonctionnels. Il a obtenu de grands succès, au moins chez ceux qui sont au début de la maladie ; les douleurs fulgurantes s'arrêtent, les mouvements réflexes s'amoindrissent. On s'adresse donc bien à la vigueur, et non à la virilité.

Le mode d'action, selon Brown-Séquard, serait d'amoindrir les phénomènes réflexes, qui ne sont autre chose qu'un trouble fonctionnel de la moelle ; si donc on donne une certaine puissance à ce qui reste intact, les troubles sont diminués d'autant.

En résumé, les injections peuvent être bienfaisantes dans la sénilité, et dans certaines formes d'ataxie locomotrice. Il ne faut pas croire qu'elles puissent être efficaces dans la phtisie, le cancer, etc. ; elles ne peuvent que donner un regain de vigueur.

D'autres injections, inspirées par la même idée, ont été faites avec un grand succès. C'est Bouchard qui a eu l'idée ingénieuse de faire des injections de *suc thyroïdien,* dans le myxœdème ; la pensée première remontait à 1887, il l'a mise en pratique en 1892.

Le myxœdème, cachexie pachydermique, est une affection caractérisée par un œdème plus ou moins généralisé, parfois fruste à la face, aux paupières, dans quelques parties du corps ; il y a en même temps des troubles fonctionnels, de la nature la plus grave, une grande langueur des facultés intellectuelles, un affaiblissement de la voix, une déperdition des forces, une tendance au refroidissement telle que les malades couchent tout habillés dans leur lit ; c'est le contraire de ce qui a lieu dans le goître exophtalmique, où il y a excitation intellectuelle, tachycardie, calorification exagérée. Or ces individus n'ont plus de corps thyroïde, cela est démontré par l'examen direct et l'autopsie : il est donc évident que c'est à l'absence de cette glande qu'ils doivent leur maladie, et c'est à l'absence de résorption du suc thyroïdien que sont dus les phénomènes morbides.

L'idée rationnelle est donc qu'il faut rendre du suc thyroïdien à ces malades. La chose a été faite et la clinique a confirmé ces déductions : on a noté une amélioration à la suite des injections.

De plus, Bouchard a songé à faire des greffes du corps thyroïde. Voici l'expérience : il a pris treize lapins auxquels il a enlevé le corps thyroïde, et il a mis les treize corps thyroïdes dans le péritoine de l'un deux ; douze sont morts en 4 à 5 jours ; celui dans le péritoine duquel on avait fait la greffe, a vécu 13 jours ; à l'autopsie, on a vu que les glandes s'étaient résorbées et non greffées ; elles avaient agi par résorption ; c'est donc par une action chimique qu'agit le suc thyroïdien.

Une greffe tentée par Lannelongue, sous l'inspiration de Legroux, n'a pas pris. Ces greffes ne prennent que chez les animaux inférieurs.

Il semble donc que les injections seules peuvent agir. Faites dans le service de Bouchard, elles ont donné de l'amélioration, la vitalité a été augmentée. Mais l'action n'est pas de longue durée ; si on suspend les injections, les accidents myxœdémateux reparaissent comme auparavant. Il faut à ces malades des injections continuelles ; il leur faudrait sans cesse près d'eux un médecin thyroïdien.

Il y a eu, chez des malades de Bouchard, de petits accidents dus à la quantité de suc injectée ; quand on dépasse un centimètre cube, on peut donner de la fièvre. Avec l'injection de deux, trois, quatre centimètres cubes dans les cuisses, deux fois par semaine, l'œdème a disparu, la sécrétion urinaire a été augmentée, le poids et les dimensions ont diminué, la parole a été plus vive, la température a subi des modifications, il y a eu réchauffement après l'injection. Les effets fâcheux furent de la céphalée et des douleurs dans les bras ; elles disparurent quand on cessa les injections ; mais dès qu'on les reprit, elles reparurent très vives.

D'après Bouchard, ce ne sont pas les cellules c'est le suc qui agit, car il est filtré ; il y a une substance alcaloïdique, analogue à la spermine, qui est le principe actif du liquide testiculaire.

On voit que cette médication est pleine de promesses, et que les liquides normaux, injectés dans certaines conditions, peuvent être utiles et donner de la vitalité et de la vigueur : ce sont des sortes de béquilles pour l'organisme qui fléchit.

VARIÉTÉS

Les accidents de la dentition à l'Académie de Médecine.

Les séances de l'Académie de Médecine ne sont pas moins intéressantes pour le philosophe que pour le médecin. On peut même dire, sans paradoxe, qu'elles sont plus profitables au premier qu'au second. Rien ne démontre mieux, en effet, l'inanité des connaissances humaines que de voir des hommes réputés comme les plus savants et les plus expérimentés dans l'art médical, en désaccord complet sur des questions qui ne relèvent que de l'observation banale et journalière des faits.

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'il pousse des dents aux enfants. Eh bien ! l'Académie ne sait pas au juste si cette première évolution dentaire occasionne des accidents particuliers ou si elle n'en occasionne pas. Les uns l'affirment, d'autres soutiennent énergiquement le contraire.

Ainsi nos honorables Académiciens ont été incapables de se mettre d'accord sur cette question bien simple : la dentition est-elle chez les enfants la cause d'accidents morbides spéciaux ? On le croyait, de temps immémorial. Or, M. Magitot, développant devant l'Académie l'opinion qu'il avait déjà exposée en 1882, à l'article *Dent*, du dictionnaire Encyclopédique, soutient qu'il n'y a aucune corrélation entre les accidents observés et l'évolution dentaire. M. Galippe est de cet avis et M. Ollivier, qui a découvert la méningite hystérique des enfants — ce dont nous le félicitons, — attribue encore à l'hystérie des phénomènes que l'on considérait généralement comme d'origine dentaire. MM. Leroy de Méricourt, Hérard, Charpentier, Hardy, etc., ont défendu les croyances ancestrales.

Enfin, un autre académicien, et non des moins autorisés, M. Peter, a célébré les bienfaits de l'incision cruciale de la gencive : elle « suffit à faire cesser immédiatement tous les accidents ». — « C'est une pratique inutile et barbare », réplique M. Magitot. Et le bon public, qui écoute aux portes, de se dire : « Lequel croire ? ».

Or, bon public, sache bien que cette incision, appelée par les uns « libératrice », par les autres « inutile et barbare », a été quelquefois l'arrêt de mort de l'innocent sur lequel elle a été pratiquée. Bouchut, dans son *Traité des maladies des enfants,* cite l'exemple d'un médecin qui, ayant fait sur son propre enfant des scarifications de la gencive, eut la douleur de le voir périr d'hémorrhagie ! Nous connaissons personnellement une famille qui a perdu, ces années dernières, un jeune enfant à la suite d'une section « libératrice » pratiquée par un officier de santé. Il mourut aussi d'hémorrhagie.

Les parents s'étaient d'abord opposés à cette petite

opération, puis ils avaient cédé devant l'insistance du médecin qui leur en garantissait la complète innocuité. N'est-ce pas terrible? Le malheureux confrère, après cette cruelle expérience, ne prendra sans doute plus au pied de la lettre toutes les affirmations qu'on voit se produire journellement dans les sociétés savantes.

Tout récemment encore, un médecin suisse, privat-docent à la Faculté de médecine de Zurich, après avoir *démontré*, — qu'est-ce qu'on ne démontre pas ? — que la fièvre de dentition est réelle, qu'elle atteint souvent 40°, conclut que les scarifications constituent le traitement rationnel et *unique* de cette fièvre. Il ajoute, il est vrai, qu'on doit s'enquérir si l'enfant n'appartient pas à une famille d'hémophiles. La précaution peut servir à pallier la responsabilité de l'opérateur, en cas d'accident, mais, en bonne conscience, elle est illusoire.

Cette pratique de l'incision avait été presque abandonnée. Trousseau lui-même l'avait condamnée. On en avait donc reconnu tout au moins l'inutilité, sinon les dangers — car on ne publie guère les cas malheureux. — On y avait recours d'une façon si exceptionnelle que nous voyons un chirurgien de Paris du XVIII[e] siècle, Dupont du Mesnil, en faire l'objet d'une communication dans le *Journal de Médecine*, de Roux. Il avait pratiqué, avec succès, sur un enfant de 16 mois, l'incision cruciale avec résection des lambeaux. Et pour justifier sa conduite, il cite une thèse récente de chirurgie, qui conseille cette intervention.

Au résumé, que peut-on conclure de la discussion académique? Qu'on ne sait pas d'une façon certaine s'il y a des accidents de la dentition, et que l'incision de la gencive, excellente et inoffensive pour les uns, est inutile et barbare pour les autres. De même que certains magistrats ont le jugement faussé par l'habituelle subtilité de leurs raisonnements, de même la plupart des savants, en subordonnant inconsciemment leurs impressions personnelles à leurs préoccupations doctrinales, perdent le sens de l'observation correcte et impartiale. Ils sont atteints de daltonisme scientifique : c'est ce qui explique que les uns voient blanc, là où d'autres voient noir.

D[r] HENRY MARAIS.

(*Année médicale de Caen.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Maires et Médecins.

La rubrique Maires et Médecins serait certainement fertile si nous pouvions donner l'hospitalité du *Concours* à toutes les doléances de nos confrères.

Nous nous bornons, on le conçoit, à l'exposé des faits qui portent leur enseignement et peuvent avoir de l'intérêt pour tous, en montrant comment les médecins peuvent se défendre, comment ils peuvent résister, comment enfin ils peuvent sortir victorieux de la lutte.

C'est à ce titre que nous recommandons la lecture des faits suivants :

Dans une commune d'un département du centre, le D[r] L.... était médecin de l'hospice et du bureau de bienfaisance (traitement annuel 120 fr.). Son confrère, le D[r] P...., était médecin du service d'assistance dans les communes environnantes.

Cette situation durait depuis dix-neuf années sans avoir soulevé d'orages, chacun s'accommodant tant bien que mal du lot qui lui était échu.

Le D[r] P.... étant mort au commencement de 1892, le D[r] L.... dut prendre tous les services, mais il déclara n'accepter que provisoirement et vouloir partager avec le futur confrère qui remplacerait le D[r] P.... — C'est dans ces conditions qu'il fut nommé par l'Administration départementale.

Quelques mois plus tard, le D[r] C.... étant venu se fixer dans la commune, le D[r] L.... lui offrit loyalement le partage des fonctions et s'occupa de faire procéder à une nouvelle répartition.

Aux élections municipales, le D[r] L.... avait été élu en dépit des efforts du maire, dont il avait dû, à plusieurs reprises, qualifier comme il convenait la conduite plus qu'inconvenante — mais le D[r] L...., ayant, depuis un délai insuffisant occupé des fonctions incompatibles avec le mandat municipal vit annuler son élection.

Il en serait quitte pour se représenter et partit en vacances, assurant d'ailleurs tous les services qu'il avait entre les mains.

Le maire vit là une occasion de prendre sa revanche et, profitant de cette absence, réunit les commissions administratives, exposa que les fonctions de médecin de l'Hospice et du Bureau de Bienfaisance étaient incompatibles avec celles de médecin du service départemental, d'assistance dans les communes voisines — ce qui était faux — et demanda le remplacement du D[r] L.... par le D[r] C...., remplacement qu'il obtint sans observations, puisqu'il y avait incompatibilité.

Sur ces entrefaites, rappelé par les élections complémentaires, le D[r] L.... revenait, apprenait ce qui s'était passé, recevait l'assurance que la bonne foi des commissaires avait été surprise, et adressait au Préfet une vigoureuse protestation.

De son côté, le D[r] C...., appréciant ce que les procédés du maire avaient eu d'incorrect, refusait les fonctions dont il venait d'être investi.

Il fallait donc réunir à nouveau les commissions, Le D[r] L.... demanda à être entendu.

Le maire voulut s'opposer à cette audition qui ne lui allait guère, mais 8 voix sur 11 le mettaient en minorité et le D[r] L.... put venir expliquer la situation en termes précis et poser ses conditions.

Fortement embarrassé, le maire argua de son désir de faire pour le mieux, déclara avoir fait confusion etc., et, finalement, proposa le partage des fonctions de médecin de l'Hospice et du Bureau de Bienfaisance entre les deux médecins.

Le D[r] L...., qui déjà avait partagé avec le D[r] C...., ne pouvait accepter; il y avait en outre pour lui une question de dignité personnelle, qui lui défendait tout recul apparent. Il maintint ses prétentions et 8 voix lui donnèrent encore raison : il était réintégré.

Le piquant de l'affaire, c'est que le D[r] L.... va profiter d'une augmentation de traitement que le maire, en prévision de son remplacement, avait fait voter et que, réélu conseiller municipal, il pourra continuer la lutte vigoureuse qu'il a entreprise.

Disons, pour être complet, qu'entre temps le D[r] C.... avait reçu sa nomination comme médecin du service d'assistance départementale.

Nos deux confrères sont pourvus : ils ont chacun leur part des fonctions qu'ils ont loyalement partagées ; leur entente a assuré la défaite du maire. Tout est pour le mieux. Que leurs relations cordiales persistent, ils triompheront certainement encore.

Le Congrès mutualiste de Bordeaux.

Le Congrès mutualiste qui a tenu ses assises à Bordeaux, le mois dernier, a pris un certain nom-

bre de résolutions qui intéressent le corps médical.

Nous extrayons du compte rendu les passages principaux :

Sur le rapport de M. Lucien Puteaux, le Congrès émet les vœux suivants :

1° Qu'au moment de leur admission dans la Société, les candidats soient valides et exempts de toute cause de charge certaine pour l'Association ;

2° Que quarante-cinq ans soit la dernière limite pour les admissions ;

3° Que l'admission de la famille entière soit de règle dans les Sociétés de secours mutuels ;

4° Que les malades qui ne peuvent être soignés à domicile soient admis gratuitement dans les hôpitaux ;

5° Que la durée de l'indemnité pécuniaire soit fixée à trois mois, sous réserve d'une prolongation selon la durée de la maladie et les ressources de la Société ;

6° Qu'aucun secours ne soit donné pour les maladies causées par la débauche, ni pour les blessures reçues dans une rixe, lorsque le membre participant a été l'agresseur, ni lorsque ce sociétaire est atteint d'aliénation mentale ;

7° Qu'on fasse imprimer sur le livret des sociétaires des principes d'hygiène et des notions thérapeutiques, et que les Sociétés organisent des conférences médicales pratiques ;

8° Qu'on encourage l'usage des bains de propreté.

En ce qui touche la question si controversée du mode de rétribution, après avoir constaté que le mode de paiement à l'abonnement est le seul permettant aux Sociétés d'établir exactement leur budget, alors que la rétribution à la visite est réclamée au nom de la dignité professionnelle par les médecins, M. Puteaux estime qu'il conviendrait d'appeler l'attention des mutualistes sur le système mixte, qui tend à concilier le mode de l'abonnement avec celui de la visite, en les confondant au moyen d'une ingénieuse compensation.

M. le docteur Le Baron, président du Syndicat des médecins de la Seine, combat les conclusions du rapport en ce qui touche le paiement des honoraires.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Des Essarts, Denery, Poirier, Bonniet, Courtois, Letertre, Lalanne, Arboux et Vermont, les conclusions du rapport sont adoptées.

Sur le Rapport du Dr Gyoux, le Congrès vote également l'adoption des vœux qui suivent :

1° Il faut engager les Sociétés à organiser un service de nuit, en suivant le système adopté dans certaines localités, qui paient 5 fr. la visite de nuit.

2° Partout où la chose est possible, il faut établir un service de garde-malades pris dans les deux sexes, si cela se peut. Dans les grandes villes, il pourrait se former des Sociétés de garde-malades que les Sociétés de secours mutuels utiliseraient, et qui pourraient également avoir une clientèle privée.

3° Le Congrès, considérant que la matière médicale échappe par sa nature à une règlementation absolue, estime qu'il appartient à chaque Société de traiter avec les médecins au mieux de l'intérêt respectif des parties, en ce qui concerne les visites ou consultations.

4° Le Congrès émet le vœu que toutes les Sociétés soient mixtes, et, faute de mieux, que de nombreuses Sociétés se fondent pour les dames. De ces deux désirs naît la nécessité d'un service d'accouchements dans les Sociétés.

5° Les médecins spécialistes ne sont pas indispensables au bon fonctionnement des Sociétés de secours mutuels. C'est au médecin ordinaire à déterminer les cas où le concours d'un spécialiste lui est nécessaire, à limiter ces cas et à fournir aux malades toutes les lumières de la science, tout en coopérant à la sauvegarde des intérêts de la Société.

6° Il serait bon de voir : *a)* les Sociétés posséder un service d'analyses chimiques et micrographiques ; — *b)* ces analyses, faites d'après un tarif réduit, et seulement sur ordonnance visée par le président de la Société, seraient confiées à des spécialistes, médecins ou pharmaciens ; — *c)* le paiement de ces analyses serait effectué, soit par la Société seule, soit de compte à demi, par la Société et le malade, suivant la situation de la caisse.

7° Il faut laisser les Sociétés et les commissions administratives des hôpitaux discuter leurs intérêts, et faciliter l'entente en conseillant aux premières de montrer le moins d'exigences possibles, et aux secondes de faire, en faveur des Sociétés, tous les sacrifices compatibles avec leur situation financière. Il y a des endroits où le sociétaire malade pourra être admis gratuitement, d'autres où une remise pourra être accordée, d'autres, enfin, où la journée entière sera forcément exigée si l'administration hospitalière se trouve dans une moins bonne situation pécuniaire que la Société.

8° Il faut, au moins dans les grandes villes, un dispensaire dans lequel on trouve tous les objets nécessaires aux pansements, des bandages et ceintures, des instruments de chirurgie, et dans lequel on puisse distribuer du linge de corps, des draps, serviettes, etc., voire même tous les articles de literie.

9° Il faut soumettre tout nouveau membre participant à la visite d'un des médecins de la Société, exiger de lui une déclaration écrite qu'il n'est atteint d'aucune affection ou infirmité chronique, au moment de son entrée dans la Société.

10° Le sociétaire, à son entrée, sera engagé à se faire vacciner ou revacciner.

Sur la question pharmaceutique, M. Lance rapporteur, propose l'adoption des vœux suivants :

1° Le Congrès, reconnaissant que les pharmacies spéciales, ainsi que les Sociétés coopératives pharmaceutiques créées par les Sociétés de secours mutuels pour leur service exclusif, sont de nature à leur rendre les plus grands services et à leur procurer les avantages les plus précieux, décide qu'il y a lieu de proposer au Congrès d'émettre le vœu que des unions de Sociétés se créent dans toutes les villes où les Associations de prévoyance sont en nombre suffisant pour mettre en pratique ce principe en instituant des pharmacies de ce genre. Tout en souhaitant de voir s'installer dans la mesure du possible des pharmacies coopératives et des unions pharmaceutiques, il y a lieu d'engager les Sociétés de secours mutuels à se mettre en garde contre une solution trop hâtive de la question.

2° Le Congrès invite les Sociétés à pratiquer le système du tarif, excepté dans les villes où se trouvent établies des pharmacies et unions coopératives.

3° Dans les localités où il n'existe qu'un pharmacien, les Sociétés sont invitées à faire la propagande nécessaire pour augmenter le nombre de leurs adhérents, de manière à obtenir les conditions les plus avantageuses de leurs fournisseurs.

4° Le Congrès émet le vœu qu'il y a lieu d'associer le plus grand nombre de pharmaciens désireux d'assurer la fourniture des médicaments aux Sociétés de secours mutuels.

5° Qu'il y a lieu, d'une manière générale, considérant que les frais pharmaceutiques sont une très lourde charge pour les Sociétés de secours mutuels, d'inviter les médecins à ménager dans leurs prescriptions, les budgets de ces Sociétés, et, de choisir à mérite égal le médicament le moins coûteux, de proscrire les spécialités et les médicaments de luxe, à moins qu'il n'existe pas dans le codex d'équivalent ; enfin, d'apporter dans le dosage et la quantité des médicaments délivrés la plus grande circonspection.

6° Le Congrès émet le vœu qu'il y a lieu de faire les efforts les plus énergiques pour introduire toute la famille dans les Sociétés de secours mutuels.

7° Que les tarifs, servant de base aux règlements des mémoires pharmaceutiques, soient l'objet d'une révision annuelle, afin qu'ils soient constamment en harmonie avec les abaissements de prix résultant des progrès de la science.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Chastoul, Schnetzler, Petit, Dennery, Poirier, Benniot, Hérente, Bonnet, Jurt, Ménard et Larron, les conclusions du rapport, sont adoptées.

M. Petit donne lecture du vœu suivant : « Demander la modification du projet de loi qui autorise les Sociétés à posséder des pharmacies pour l'usage de leurs membres, en étendant cette faculté aux unions de Sociétés. »

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

BULLETIN DES SYNDICATS

Nouveaux syndicats.

Le mouvement syndical s'accentue et chaque semaine nous apporte l'annonce de la création de Syndicats nouveaux.

Le 11 novembre, une réunion tenue à Clermont-Ferrand décidait la constitution d'un Syndicat départemental du Puy-de-Dôme.

Le principe de l'adhésion à l'Union des Syndicats y a été voté à l'unanimité.

N'est-ce pas aussi un Syndicat véritable que cette Association amicale que viennent de fonder les médecins de Colombes et d'Asnières et dont voici les statuts ?

Association amicale des médecins d'Asnières et de Colombes.

STATUTS.

Les médecins soussignés, réunis en assemblée plénière, le 18 octobre 1892, s'engagent à observer entre eux les règles suivantes de solidarité et de bonne confraternité :

Art. I. — La réunion forme en quelque sorte une chambre de discipline, un tribunal d'honneur, auquel doivent être soumis les conflits qui pourraient surgir entre confrères associés ; elle étudiera les questions qui lui seront déférées et soumettra ses conclusions à l'assemblée générale qui statuera d'une façon définitive.

Art. II. — Toute difficulté surgissant entre deux membres de l'association, sera soumise à un arbitrage formé par deux confrères choisis par les intéressés.

Si les arbitres ne peuvent arriver à un arrangement, la question sera portée devant l'assemblée générale, et réglée par elle à la majorité des voix. — Dans ce cas, l'assemblée générale pourra infliger une amende de vingt à cent francs au coupable ou même prononcer son exclusion. Dans ce dernier cas, toute relation sera interdite aux membres de l'association avec le confrère condamné et exclu.

Art. III. — Une réunion trimestrielle aura lieu : A cette réunion, tous les membres devront assister, sous peine d'une amende de cinq francs, que l'absence soit ou non motivée. Le jour de la réunion sera le 1er jeudi de chaque trimestre à huit heures 1/2 du soir. Les feuilles de présence resteront ouvertes pendant une heure.

Art. IV. — La cotisation annuelle est fixée à dix francs.

Art. V. — Les fonds provenant des cotisations et des amendes, seront déposés entre les mains du secrétaire-trésorier.

Art. VI. — Lorsqu'un malade en traitement voudra changer de médecin, le confrère appelé devra exiger de ce malade, le paiement des honoraires à son confrère.

Art. VII. — En cas de visite d'urgence, où plusieurs confrères se trouveraient appelés en même temps, le médecin habituel conservera son malade, et se chargera de faire payer leur déplacement aux autres médecins.

Art. VIII. — En cas de changement de médecin le nouveau confrère n'acceptera de donner ses soins, qu'au tarif de son prédécesseur.

Art. IX. — Dans le cas où un membre de l'association jugerait opportun d'augmenter le tarif de ses visites chez d'anciens clients en situation de mieux payer, aucun confrère ne pourra accepter de donner ses soins, si ce n'est aux conditions nouvelles.

Art. X. — Le tarif des honoraires est fixé ainsi qu'il suit :

1° Le prix minimum de la consultation est de trois francs aux heures fixées d'avance par chaque médecin.

2° Les consultations *demandées* en dehors des heures habituelles seront payées le prix de la visite, c'est-à-dire cinq francs.

3° Le prix minimum d'un examen au spéculum est de cinq francs.

4° Le tarif minimum de la visite à domicile est fixé à cinq francs ; il pourra cependant être fait une réduction de tarif jusqu'à trois francs, en faveur des clients, dont la position de fortune justifierait cette mesure (ouvriers, petits employés).

5° Le minimum d'une visite d'urgence pour un malade d'un autre confrère, est fixé à cinq francs, dans la journée.

6° La visite de nuit (de 10 heures du soir à 7 heures du matin) est fixée au tarif minimum de 10 fr.)

7° A partir de 7 heures du soir, jusqu'à 10 heures du soir, les visites *demandées*, sont fixées à un tarif double de la visite ordinaire.

8° Quand une consultation sera demandée par la famille d'un malade, le prix des honoraires sera fixé à vingt francs pour chacun des consultants ; le médecin traitant se mettra en mesure de faire payer son confrère, séance tenante. En aucun cas, le médecin consultant ne devra retourner chez le malade qu'il aura vu avec le médecin traitant, dans la maladie en cours.

9° Le minimum d'honoraires pour un accouchement est de cent francs.

10° Le prix minimum d'un certificat médico-légal est de dix francs ; aucun certificat ne devra être délivré, pour une compagnie d'assurances sur la vie.

Art. XI. — Les soins par abonnements sont supprimés. Pour les Sociétés de secours mutuels d'Asnières et de Colombes, les soins médicaux ne seront donnés qu'à raison de deux francs par visite.

Art. XII. — Les tarifs réduits concédés aux Sociétés de secours mutuels, ou autres, ne comprennent, ni les visites de nuit, ni les pansements chirurgicaux, ni les opérations ou accouchements, ni les consultations entre confrères.

Art. XIII. — Si une place de médecin d'une Société de secours mutuels, d'une Association quelconque, vient à être vacante par la démission ou le décès du titulaire, aucun membre de l'association ne devra accepter la succession, avant que l'Assemblée générale ait entendu le confrère démissionnaire, ou, à son défaut, un rapport spécial, et ait permis au candidat d'accepter cette succession.

Art. XIV. — Aucun membre de l'Association ne devra, en dehors du tarif ordinaire, accepter de devenir le médecin d'une Société, ou Association quelconque nouvelle.

Art. XV. — Dans le cas où une modification de tarif serait reconnue nécessaire, à imposer à une Société, le médecin titulaire, ou le premier pressenti conserverait son droit de priorité.

Art. XVI. — Tous les membres s'engagent à renseigner consciencieusement leurs coassociés sur la solvabilité des clients. Il sera à cet effet dressé une liste générale des clients de mauvaise foi.

Art. XVII. — Toute modification aux présentes conventions, sera arrêtée à la majorité.

18 octobre 1892.

Au sujet des statuts, nous ne pouvons nous empêcher de faire observer qu'ils sont bien rigoureux et notre expérience des syndicats nous permet d'affirmer qu'il sera nécessaire de les atténuer dans la pratique.

A. C.

Adhérents :

MM. Albot, à Asnières.
Boussecazes, à Colombes.
Charvet, 118, rue des Bourguignons à Asnières.
Christine, à Asnières.
Hallade, à la Garenne, Colombes.
Marelle, à Colombes.
Neubauer, à Asnières.
Perrier, à Asnières.
Pouvran, Bois-Colombes.
Tachard, à Colombes.
Toussaint à Bois-Colombes.

REPORTAGE MÉDICAL

Incident de l'hôpital Saint-Antoine. — Le conflit soulevé entre l'administration de l'Assistance publique et les Internes et Externes des Hôpitaux, vient de prendre fin d'une façon satisfaisante.

M. Peyron ayant donné l'assurance qu'il lèverait la punition infligée à M. Salmon, si le Conseil municipal le demandait, une délégation fut envoyée à la commission hospitalière qui reçut les étudiants de façon très courtoise et promit de demander que la punition fût levée, dès que les concours seraient repris. Ceux-ci ont été repris lundi, et M. Salmon a été réintégré dans ses fonctions.

La terminaison heureuse de cet incident est due certainement à la bonté de la cause défendue, mais surtout aussi à l'esprit de solidarité, à l'attitude énergique montrés par les étudiants. Nous les félicitons bien sincèrement.

Les mesures de défense contre le choléra. — M. A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation, a rendu compte, à la commission d'assainissement de Paris, des mesures prises par son service au cours de l'épidémie de choléra.

Le transport des malades a été assuré de jour et de nuit par les ambulances municipales, chaque cholérique étant accompagné d'une infirmière diplômée chargée de donner des soins, évitant ainsi la contagion possible des membres de la famille qui, sans cela, accompagneraient le malade à l'hôpital.

Le personnel se composait de 10 cochers et 6 infirmières ; une infirmière seulement a été atteinte et a guéri rapidement.

La désinfection a été faite très activement ; du 1er juillet au 15 octobre, il y a eu 2.944 opérations à la suite des affections cholériques. Le personnel variant avec les besoins du service a compris au commencement de septembre, 88 personnes, sur lesquelles il y avait 3 mécaniciens, 28 désinfecteurs à domicile, et 24 auxiliaires pouvant aider ces derniers. Actuellement il y a 69 agents. Dans ce personnel, il y a eu 7 malades qui ont guéri en quelques heures. C'est en septembre que le nombre des désinfections a été le plus élevé, 1748. *La chose défectueuse, surtout au début, a été la lenteur des communications, les demandes de désinfection arrivant toujours très tard, et les désinfecteurs ne venant à domicile que deux ou trois jours après le décès* (1). Plus tard les moyens d'information ont été plus développés. Mais, dit le rapport, *« il est indispensable d'accroître encore cette rapidité d'information ; c'est là un point capital »*. C'est absolument notre avis.

La commission des logements insalubres a été saisie de 1609 signalements pendant l'épidémie, à peu près autant que pendant une année ordinaire. Les enquêtes sanitaires ont permis de pratiquer l'extinction rapide des foyers de choléra. Chaque fois que des cas semblables se produisaient dans un immeuble, ou a pris des mesures plus radicales et très promptes : treize fois on est intervenu dans ces conditions et une équipe d'hommes éprouvés a procédé à la désinfection totale de l'immeuble. Murs, parquets, corridors, escaliers ont été lavés antiseptiquement avec des pulvérisations phéniquées, les cabinets d'aisances désinfectés au sulfate de cuivre, des désinfectants laissés aux locataires, ainsi que des sacs pour y mettre leur linge et leurs effets. En même temps, le service de l'assainissement de l'habitation était prévenu, et constatait la présence d'une fosse fixe et d'un puisard en mauvais état. Puis la commission des logements insalubres indiquait les mesures complètes à prendre ultérieurement. Aucun cas de choléra nouveau ne s'est montré dans les 13 immeubles ainsi traités.

L'épidémie a surtout sévi dans les 11e, 18e, 19e, 15e et 5e arrondissements, parmi la population la plus malheureuse.

Les refuges municipaux ont été constamment entretenus dans un parfait état de salubrité. Sur 12.000 personnes reçues pendant l'épidémie, il n'y en a eu que 15 qui aient été atteintes du choléra ; c'étaient d'ailleurs des cas isolés, et dont l'origine était en dehors de l'asile. Chaque fois qu'un cas s'est produit, le dortoir a été complètement désinfecté avec les cent et quelques lits qu'il contient.

Après ce rapport, M. le préfet de la Seine a félicité M. le Dr Martin et M. le Directeur des affaires municipales d'avoir installé rapidement un service d'assainissement qui a rendu les plus grands services.

— *Statistique des décès cholériques jusqu'au 15 octobre.* — Depuis le début de l'épidémie, 20 départements et 212 communes ont été atteints ; il y a 3.184 décès. L'épidémie de 1884-85 avait causé 11.865 décès dans 35 départements et 639 communes.

Répartition des décès :

(1) Le *Concours médical* a été, croyons-nous, le seul journal à signaler cette lenteur des transmissions, due, souvent, à l'indolence des agents intermédiaires. Voir à ce propos les deux anecdotes citées dans le Reportage médical du numéro 40.

Avril : 65 décès dans 12 communes (Seine et Seine-et-Oise).

Mai : 28 décès dans 11 communes (mêmes départements).

Juin : 107 décès dans 23 communes (mêmes départements).

Juillet : 466 décès dans 6 départements et 42 communes.

Août : 841 décès dans 16 départements et 76 communes.

Septembre : 1411 décès dans 17 départements et 157 communes.

Du 1er au 15 octobre : 266 décès dans 10 départements et 53 communes.

Le 15 octobre, il n'y a eu en France que 7 décès, 2 à Paris, 2 au Havre, 1 à Dieppe, 1 au Portel, 1 à Marseille.

En ce moment l'épidémie peut être considérée comme terminée.

Voici plusieurs jours qu'il n'y a pas eu un seul cas à Paris.

— *Prophylaxie de la tuberculose.* — La commission d'hygiène du Xe arrondissement, considérant : « 1° Qu'aucune maladie contagieuse ne cause autant de décès que la tuberculose ; 2° Que les crachats des tuberculeux sont considérés comme une des causes les plus actives de la contagion ; 3° Que leurs logements et leurs vêtements en sont presque toujours infectés, plus particulièrement dans les garnis habités par les classes pauvres ; 4° Qu'il en est de même des voitures publiques. »

Emet le vœu : « 1° Que les logements et les vêtements des tuberculeux soient l'objet de mesures de désinfection ainsi que cela se pratique pour les autres maladies contagieuses ; 2° Que les voitures publiques (chemins de fer, omnibus, fiacres), ou du moins leur plancher, soient désinfectées, chaque jour, par exemple, au moyen d'une solution de chlorure de zinc. »

— La *Revue mensuelle d'Inspection* raconte une anecdote très intéressante. Un enfant nouveau-né de Paris avait été confié à une nourrice d'Outrechamps (Loir-et-Cher) : il mourut au bout de peu de temps. Pour continuer à toucher ses mensualités, la nourrice ne trouva rien de mieux que de continuer à donner d'excellentes nouvelles du bébé aux parents qui ne pouvaient se déranger pour l'aller voir. Ça dura 19 mois, et ça aurait pu durer encore longtemps, si une voisine indignée, ou peut-être simplement jalouse, n'avait prévenu la mère et mis fin à cette exploitation malhonnête.

Le moyen d'empêcher cela serait que le décès des nourrissons soit signalé à la commune d'origine par la mairie du pays habité par les nourrices.

— M. le Dr Bérillon, médecin inspecteur-adjoint des Asiles publics d'aliénés, directeur de la *Revue de l'Hypnotisme*, a commencé le jeudi 24 novembre, à dix heures et demie, à sa clinique, 49, rue Saint-André-des-Arts un cours sur les *Applications de l'hypnotisme au traitement des maladies nerveuses, à la psychiatrie et à la pédagogie.*

Il le continuera les jeudis suivants, à dix heures et demie.

— « La Société des médecins de Menton s'est réunie le 23 novembre 1892. Elle a discuté entre autres la question relative aux bruits répandus sur « l'existence du choléra à Menton. Elle donne l'assurance qu'il n'y a eu pendant l'été et qu'il n'y a « actuellement aucun cas de diarrhée cholériforme « ni de choléra, et proteste énergiquement contre « ces allégations. »

— Mme le docteur Madeleine Brès a inauguré son cours de Médecine et Hygiène usuelles, le samedi 3 décembre 1892, à cinq heures, salle des Capucines, boulevard des Capucines, 39, et les continuera les 1er et 3e samedis de chaque mois. (Réservé aux Dames).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3759. — M. le Dr Rayneau de Longué (M.-et-L.), présenté par M. le Dr Nadaud de la Rochefoucauld.

N° 3760. — M. le Dr Huguenin de Paris, présenté par M. le Directeur.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Le Directeur-Gérant : **A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

torzième année N° 50 10 Décembre 1892

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DE

.'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX

DU 27 NOVEMBRE 1892

Présidence de M. le Dr de Fourmestraux.

séance est ouverte à 2 heures 1/4.

ennent place au Bureau, avec le Président, MM. Gibert, *Président d'honneur* ; Cézilly, *Vice-ident* ; Maurat, *Secrétaire général* ; Lécuyer, *Secrétaire adjoint* ; Ladmiral ; Gauthier ; Chas-, *Conseil judiciaire* ; Carion et Gellier, ces deux derniers en qualité d'assesseurs désignés par semblée.

de Fourmestraux, président, prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers Confrères,

tre président a l'habitude de vous rendre compte en séance des faits marquants qui ont pu se pro- dans le courant de l'année.

n est un qui, cette fois, prime tous les autres, c'est le vote de la loi sur l'exercice de la médecine, qui ujourd'hui un fait acquis.

veux vous dire la genèse un peu difficile de ce vote, par le Sénat, mais comme nous avons des tions fort importantes à l'ordre du jour, je serai aussi bref que possible.

n dernier, à pareille époque, le président que j'ai eu l'honneur de remplacer, M. Mignen, de Montaigu, disait que nous pouvions considérer le vote de la loi comme acquis ; ce n'était malheureusement out à fait exact.

était dans cette loi un article qui nous tenait plus particulièrement à cœur, celui qui nous donnait le de nous syndiquer.

rsqu'en 1884 la loi sur les syndicats professionnels avait été votée, il n'était certes pas venu à l'esprit égislateurs d'alors que nous dussions être mis hors la loi commune.

droit cependant nous fut toujours dénié par les tribunaux et c'est lui que nous voulons obtenir. us avions, sans trop tenir compte des jugements intervenus, formé des syndicats nombreux, et d'une tolérance que l'administration nous laissait, nous avons vécu.

que nous avions espéré avec notre confrère Mignen faillit bien nous manquer encore. effet, la loi, après avoir été votée par la Chambre, fut amendée au Sénat et l'article 13, celui qui donnait le droit de nous syndiquer fut repoussé en première lecture.

us nous sommes émus, nous nous sommes remués : Une lettre circulaire signée par M. le Dr Cézilly teur du *Concours médical* et par le président de l'Union des Syndicats, fut envoyée à tous les teurs.

us vous avons invités d'autre part, par la voie du journal, à faire de votre côté des démarches s des sénateurs que vous pouviez connaître ; pour mon compte personnel j'ai passé bon nombre rès-midi au Luxembourg.

us n'avons à regretter ni les uns ni les autres ce que nous avons pu faire, puisque le Sénat qui repoussé l'article 13 en première lecture, l'accepta à mains levées en seconde lecture, et cela dix après.

ne voudrais pas revenir sur certaines paroles malheureuses prononcées au Sénat par quelques-uns s pères conscrits, des gens à l'esprit éminemment original, qui avaient l'air de craindre que yndicats de médecins ne devinssent des associations de malfaiteurs, ayant pour but honteux de nner le pauvre monde qui avait affaire à eux. Je préfère me souvenir que nous avons eu pour défen- des hommes d'un talent que nous nous plaisons à reconnaître, et dont la parole autorisée a con- é à nous assurer le succès : Ils sont venus dire, eux, la vérité, que les médecins avaient toujours été ritables amis de ceux qui souffrent, de tous les malheureux. C'est avec reconnaissance que nous les rcions de leurs bonnes paroles.

Enfin le résultat est aujourd'hui acquis. Je ne pense pas qu'il puisse se produire maintenant d'inc nouveau.

Vous avez pu voir dans l'ordre du jour qui vous a été soumis qu'une des grosses préoccupatio votre bureau avait été la revision des statuts qui, quoique n'étant pas bien vieux, ils ne datent p 1811, ne répondent plus aux besoins actuels.

La loi Chevandier nous confère quelques droits nouveaux, elle nous impose aussi des obligations velles. Je crois donc qu'il est indispensable que nous étudiions cette revision des statuts d'une faço rieuse.

Dans des réunions préparatoires, votre bureau a examiné différentes modifications qu'il a cru bo nous vous les soumettrons dans un instant.

Vous aurez à vous occuper de l'exercice de la médecine sur les frontières. Cette question intéress grand nombre de nos Confrères du Nord et de l'Est.

La question de l'assistance médicale gratuite dans les campagnes est aujourd'hui à l'ordre du jou Chambres. Nous n'aurons pas été étrangers à ce résultat, nous avons lieu d'en être fiers.

Un certain nombre de départements ont pu déjà faire fonctionner ce service sur des bases diverses, quelques-uns elles sont défectueuses, dans d'autres, au contraire, elles sont très acceptables.

Dans la Loire-Inférieure, grâce à l'initiative du Syndicat, et aux efforts de son dévoué président Dr Porson, ce service fonctionnera prochainement à la satisfaction de tous.

Un autre département, celui de Seine-et-Oise a institué aussi un service d'assistance médicale tuit, qui, s'il n'est pas parfait, a réalisé cependant un véritable progrès.

Il comporte une innovation qui n'existe, je crois, nulle autre part, c'est l'hospitalisation des malad digents des campagnes. Cette question prise très à cœur par M. Bargeton préfet de Seine-et-Oise la veille d'être résolue.

Notre dévoué confrère Amaudru a fait au Conseil général un rapport très complet, il a convaincu collègues.

Si quelques-uns d'entre vous le désirent, M. Amaudru se fera un plaisir de le leur envoyer.

Voici comment le service fonctionnera à partir du premier janvier prochain.

— Toutes les communes ne possédant pas d'hôpital pourront se rattacher à celui d'une ville voisi y envoyer leurs malades indigents. Pour que les admissions aient lieu, il suffira que le médecin tra délivre un certificat constatant la maladie de l'indigent qu'il lui sera impossible de soigner à domicile certificat sera envoyé au maire qui délivrera une réquisition.

Pour les communes pauvres cette obligation pourrait parfois devenir une impossibilité. Voici ce décidé le Conseil général, en votant les fonds nécessaires pour mettre le service en pratique : Les munes doivent toujours intervenir dans les frais d'hospitalisation, mais le département y contribue la proportion de 50 à 90 %. Les communes qui ont 2000 habitants et au-dessus ont à payer 50 %, et proportion décroît, suivant le nombre des habitants de manière à arriver à 10 % pour celles qui ne co tent que 100 habitants et au-dessous.

Il serait à désirer que l'exemple de Seine-et-Oise soit suivi, c'est là un véritable progrès démocrat que ce département a réalisé.

Une autre question qui intéresse beaucoup de médecins civils, c'est celle de l'exercice par les méde militaires. Nous y arriverons dans un instant, et à ce sujet je vous rendrai compte des démarches qu été appelé à faire.

Vous aurez enfin à procéder au renouvellement de votre bureau.

Nous allons passer dès maintenant, si vous le voulez bien, à la discussion de chacun des article l'ordre du jour, et je donne la parole à M. le Secrétaire général pour le compte rendu qu'il a à vous

M. *Maurat*, Secrétaire général, donne lecture du rapport suivant :

Chers Confrères,

Dans mon rapport de l'année passée, je vous avais exposé les difficultés considérables auxquelle m'étais heurté lorsqu'il s'était agi d'obtenir de chaque Syndicat adhérent à l'Union la régularisation son compte et le versement des annuités en retard.

Les encouragements que vous avez bien voulu me donner à cette époque m'ont été fort sensible joints au renouvellement du mandat de secrétaire-trésorier que vous m'avez accordé, m'ont encour persévérer dans cette voie.

Comme vous le verrez plus loin dans l'exposé de notre situation financière, j'ai obtenu, cette an des résultats définitifs, car les cotisations, tant anciennes que nouvelles, ont été presque toutes payé nous possédons enfin, d'une façon à peu près exacte, les noms et adresses des confrères composant divers Syndicats adhérents à l'Union ; ce qui, pour la régularité du service de votre bulletin, aura grande importance.

Laissez-moi, je vous prie, profiter de ce rapport qui me fait m'adresser à tous pour vous conter tribulations de Secrétaire-trésorier et vous dire combien il est difficile d'obtenir des renseignem exacts de quelques-uns de vos secrétaires et trésoriers, alors qu'il serait cependant si facile à ch d'eux de faire pour son seul Syndicat ce que je suis obligé de faire pour tous.

Qu'arrive-t-il en effet, régulièrement chaque année ? Dans les 6 ou 8 premiers mois de l'exercice q ou cinq Syndicats zélés, dont je remercie bien sincèrement le bureau envoient d'eux-mêmes leur co tion, mais négligent la plupart du temps d'y joindre les modifications survenues dans le cours de l'a Le trésorier m'écrit par exemple (je cite de mémoire, car cela arrive journellement) : L'an dernier vous avons versé 30 fr. de cotisation ; cette année, par suite du décès d'un confrère, de la démissio deux membres et de l'admission de 4 nouveaux confrères, nous vous envoyons 32 fr. et c'est tout. Il nullement question du nom du décédé, de ceux des démissionnaires et des nouveaux adhérents et un Syndicat dont nous ne connaissons plus la composition. Nous continuons à servir le bulletin démissionnaires ou au décédé et, pendant ce temps, les nouveaux adhérents ne reçoivent de nous a signe de vie, sans qu'il y ait, vous le voyez, le moins du monde de notre faute.

Mais ce n'est encore rien, il s'agit là des Syndicats zélés dont le secrétaire est actif et rempli de nes intentions. Parmi les autres, certains ne répondent même pas à ma circulaire les priant de r leur cotisation et quand enfin, après une longue attente, et l'expédition d'un avis de recouvrement je présenter (ce qui est coûteux), une quittance par la poste, certains la refusent en déclarant qu'il sont pas d'accord et ne doivent pas la somme réclamée. — A qui la faute, cher confrère, leur dirai-j nous ne sommes pas d'accord, vous n'aviez qu'à me répondre et m'informer des modifications surve dans la composition de votre Syndicat, ou mieux, sans attendre mon recouvrement postal, à m'adre directement votre cotisation annuelle avec explications justificatives.

Je vous adjure donc, Messieurs les délégués, en rendant compte de votre mandat, de vouloir bien nsister sur ce point que le Secrétaire général doit être tenu au courant de toutes les modifications survenues dans la composition du bureau ou du Syndicat *et prier* vos trésoriers d'adresser leurs cotisations ans attendre un recouvrement postal qui complique singulièrement mon travail et est fort onéreux.

Je vous disais plus haut, mes chers confrères, que j'avais continué cette année à appliquer tous mes fforts au recouvrement des cotisations en retard. Je suis heureux de pouvoir vous annoncer que, sur les Syndicats actuellement adhérents à l'Union, quatre seulement, pour des raisons diverses, n'ont pas ncore acquitté leur cotisation de 1892 et que, quant aux cotisations en retard, elles ont toutes été payées auf celle d'*un seul* Syndicat très actif et d'une région fort riche que je vous demande la permission de ne as encore nommer, bien que la négligence de son bureau soit absolument inexcusable.

Ces résultats satisfaisants n'ont malheureusement pas été obtenus sans que nous ayons laissé un peu e notre laine aux ronces du chemin ; plusieurs Syndicats adhérents à l'Union ont cessé d'exister pour es raisons diverses, mais nous avons l'heureux espoir de les voir bientôt revivre.

C'est ainsi que M. le Dr Dulescouet nous prie de considérer momentanément, et jusqu'à reconstitution ouvelle, le Syndicat de Lorient comme n'adhérant plus à l'Union.

M. le Dr Petit, de Libourne, en nous annonçant que son Syndicat a cessé d'exister et ne peut actuellement payer sa cotisation, ajoute que dans le cas *fort probable* où cette Association se reconstituerait, il ous en aviserait en nous envoyant le montant de sa cotisation de 1892. Challans fusionne avec le Syndicat départemental.

Le Syndicat de La Seudre existe toujours, mais, n'ayant pas d'argent, ne peut payer sa cotisation. Pauvreté n'est pas vice, chers confrères, et nous vous considérons toujours comme des nôtres !

Mais, pour combler ces vides heureusement peu nombreux dans le cours de cette année, nous avons vu es Syndicats de Domfront et de Brest se reconstituer et nous avons reçu les adhésions nouvelles de arseille, Douai, Sedan et Brive. Le Loiret nous fait espérer pour l'an prochain son adhésion.

Je n'ai parlé jusqu'ici que des Syndicats adhérents à l'Union, mais le mouvement syndical s'accentue ans toutes les régions de la France. De nouveaux Syndicats se sont créés pendant le cours de cette nnée à La Loupe, à Bastia (Corse), dans les Deux-Sèvres, en Saintonge et Blayois, dans les Côtes-du-ord, l'Aube, la Sarthe, le Calvados, à Pont-l'Evêque, la Seine et le Nord, à La Bassée. Tous ces Syndicats, nous en avons le ferme espoir, et c'est par ce vœu que je termine mon rapport, voudront bientôt rossir les rangs de l'Union, maintenant que le vote définitif de la loi sur la médecine nous a accordé une xistence légale et nous permet d'en retirer tous les fruits.— *Applaudissements.*

Situation financière de l'Union des Syndicats

Exercice 1891-92.

Actif :

Avoir en caisse au 16 novembre 1891	823.75
Cotisations arriérées	847 23
Cotisations pour 1892	1799 97
Publicité du bulletin	466.00
Total	3936.95

Passif :

Impression et envoi du bulletin	727.47
Jetons de présence, déplacements, frais de réunions	533.50
Part contributive de l'Union au supplément du Banquet	185.05
Imprimés, circulaires, affranchissements, frais de bureau et divers	544.54
Total	1.990.56
Balance en faveur de l'actif au 1er octobre 1892	1.946.39

Le Président met aux voix l'approbation du rappport et des comptes de l'exercice 1891-92 qui est otée à l'unanimité.

L'ordre du jour appelle la revision des Statuts de l'Union, mais auparavant il est procédé à la validation des pouvoirs des Délégués présents.

Le Secrétaire général présente à l'Assemblée les pouvoirs qui ont été déposés sur le Bureau.

Sont régulièrement délégués :

	Syndicats		Syndicats
MM. Lécuyer	d'Aisne et Vesle.	MM. Mascarel	Sablé.
La Saigne	de Tournan.	Jeanne	Versailles.
Carion	Vallée de la Meuse.	Pouillot	Vienne.
Deroin	Cher.	Guillon	Vienne.
Puy-le-Blanc	Niort.	Marais	Pont-Lévêque.
Bourdon	Gisors.	Lacoste	La Loupe.
Marchais	Brest.	Le Baron	Seine.
Bardy	Belfort.	Le Blond	Seine.
Bonamy	Indre-et-Loire.	Gourichon	Seine.
Durand	Indre-et-Loire.	Lassalle	Bordeaux, suburbain.
Porson	Loire-Inférieure.	Jubiot	Marseille.
Popis	Loiret.	Dubois	de la Seudre.
Lambry	Loiret.	Mignen	Montaigu.
Leturc	Manche.	Lamiable	Ardennes.
Pellot	Marne.	Péronne	Sedan.
Cellier	Mayenne.	Combet	Corbeil.
Pollet	Douai.	Gassot	Concours Médical.
Rouyer	Mortagne.	Lande	Gironde.
Joubert	Domfront.		

L'assemblée générale à l'unanimité valide ces pouvoirs.

M. le Président donne lecture de lettres d'excuses qu'il a reçues, notamment de MM. Mignen et Combet, et propose de passer immédiatement à la revision des statuts. — *Assentiment général*.

Il expose que le bureau avait été d'avis de procéder à une revision définitive ; mais qu'en raison du délai qui s'écoulera avant la mise à exécution de la loi, il a pensé qu'il serait peut-être préférable de ne faire qu'une modification provisoire et de charger une commission de proposer des statuts définitifs en novembre 1893. Il soumet cette proposition à l'Assemblée Générale.

Un membre fait remarquer que la question est double : il faut savoir : 1° si les statuts doivent être modifiés ; 2° si une commission doit être nommée.

Le Président met aux voix la nécessité de modifier les statuts. — *Adopté à l'unanimité*.

Il met ensuite aux voix la nomination d'une commission.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Cézilly, Le Baron et le Conseil judiciaire, le Président, modifiant sa proposition, demande à l'Assemblée si elle se croit en mesure de voter les nouveaux statuts.

Le vote à mains levées donne l'unanimité moins quatre voix.

M. le Président de Fourmestraux propose article par article l'adoption des statuts, faisant remarquer que depuis leur publication dans le *Concours médical*, quelques modifications ont été apportées, par le Bureau, dans le but de donner satisfaction à certaines réclamations.

STATUTS.

TITRE Ier. — Union des Syndicats. — Son objet. — Son siège.

Art. 1er.

A partir de la mise à exécution de la loi Chevandier sur l'exercice de la médecine, il est institué une Union entre les Syndicats médicaux de France régulièrement constitués, conformément à la loi du 21 mars 1884, qui auront adhéré aux présents statuts.

Elle prend le titre d'*Union des Syndicats médicaux de France*. — *Adopté*.

Art. 2.

La Durée de cette Union est illimitée, son siège est à Paris. Provisoirement, 23 rue de Dunkerque.

M. *Le Baron* demande à ce que l'état provisoire dont il s'agit puisse être changé, par le bureau lui-même, sans l'intervention de l'Assemblée Générale. — *L'article 2 est adopté avec cette modification*.

Art. 3.

Cette Union a pour but l'étude de toutes les questions professionnelles intéressant le corps médical français, et la poursuite des modifications et améliorations légitimes qu'il réclame par l'organe de ses Syndicats. — *Adopté*.

Art 4.

L'Union prête son appui matériel et moral aux Syndicats adhérents.

En cas de poursuite judiciaire intentée par un Syndicat dans un intérêt local, l'Union des Syndicats, si les ressources du syndicat sont insuffisantes, participe dans les limites nécessaires aux frais de poursuite, à la condition expresse, cependant, que le bureau consulté ait donné un avis favorable à la dite poursuite.

L'Union se charge des procès engagés en vue d'une question qui touche l'intérêt général, sous la même condition que le bureau ait donné un avis favorable.

M. *Pellot* voudrait qu'on mît au 1er paragraphe *intérêt local ou intérêt individuel*.

M. *Maurat* craint que cela n'entraîne bien loin.

Le Conseil judiciaire fait remarquer que cela importe peu, puisque le bureau devra toujours se prononcer sur l'opportunité de la poursuite. — *L'article 4 est adopté*.

Art. 5.

Toute discussion étrangère au but et à l'objet de l'Union est rigoureusement interdite. — *Adopté*.

TITRE II. — Agrégation des Syndicats à l'Union. — Radiation.

Art. 6.

Tout Syndicat qui veut s'agréger à l'Union doit :

1° Adresser au Secrétaire Général :
- Un exemplaire de ses statuts ;
- La liste de ses membres ;
- Une délibération régulière de l'Assemblée générale de ses membres, déclarant adhérer à l'Union et accepter ses statuts et règlements.

2° Verser entre les mains du Trésorier la cotisation annuelle prévue par les présents statuts. — *Adopté*.

Art. 7.

Tout Syndicat qui veut se retirer de l'Union doit pareillement adresser au secrétaire Général, une délibération régulière de l'Assemblée Générale de ses Membres déclarant qu'il cesse de faire partie de l'Union. — *Adopté*.

Art. 8.

Tout Syndicat qui ne verserait pas à la Caisse de l'Union les diverses contributions prévues par les présents statuts peut être rayé de la liste des Syndicats adhérents, par l'Assemblée Générale de l'Union. — *Adopté*.

TITRE III. — Administration. — Bureau de l'Union.

Art. 9.

L'Union des Syndicats est représentée par un Bureau de neuf Membres : Un Président, quatre Vice-Présidents, un Secrétaire général, un Trésorier et deux Secrétaires.

En raison des services rendus lors de la création des Syndicats et de la constitution de l'Union, le directeur du Concours Médical est statutairement l'un des Vice-Présidents.

Les autres Membres du Bureau sont élus chaque année par une assemblée générale des délégués des syndicats au scrutin secret et à la majorité des Membres présents. Le vote par correspondance est formellement interdit.

M. *Lassalle* demande que le nombre des membres du bureau soit porté à quinze ou vingt.

M. *Le Baron* estime que les membres du bureau doivent être assez nombreux pour que les décisions prises aient une véritable valeur.

M. *Maurat* répond que les membres du Bureau seront d'autant plus exacts qu'ils seront moins nombreux; il fait remarquer d'ailleurs que, le Bureau pouvant nommer des commissions, le nombre des personnes qui prendront une part active au fonctionnement de l'Union, sera relativement élevé.

M. *Gibert* trouve même excessif le nombre de neuf; quatre ou cinq suffiraient, pourvu qu'ils soient actifs.

M. *Lassalle* répond qu'il ne faut pas qu'un Bureau trop restreint prenne des décisions pour toute l'Union. — *L'article 9 est adopté.*

Art. 10.

La durée des fonctions des membres du Bureau est d'une année.

Leur mandat est renouvelable, sauf celui du Président qui n'est pas immédiatement rééligible. — *Adopté.*

Art. 11.

Le Bureau se réunit, sur la convocation du Président de l'Union, aussi souvent qu'il est nécessaire.

Il est assisté d'un Conseil judiciaire qui prend rang à ses séances avec voix consultative.

Les anciens Présidents sont admis à prendre part aux séances du Bureau avec voix délibérative. *Adopté.*

Art. 12.

Le Bureau étudie les meilleurs moyens pratiques de réaliser les vœux formulés par les divers Syndicats et fait toutes les démarches nécessaires pour obtenir ce résultat.

Il signale aux Syndicats adhérents les questions dont la solution immédiate lui paraît la plus urgente; mais, respectueux de l'individualité et de l'autonomie des différents Syndicats, il reçoit tous les documents et étudie toutes les questions que ceux-ci jugent à propos de lui soumettre. De plus, il se tient à la disposition des Syndicats pour leur fournir les renseignements dont ils ont besoin. Le cas échéant, il institue des commissions pour l'étude des questions spéciales. — *Adopté.*

Art. 13.

Le Bureau présente un compte rendu de ses travaux à l'Assemblée Générale annuelle. — *Adopté.*

TITRE IV. — Assemblée générale. — Délégués.

Art. 14.

Chaque année, il est tenu une assemblée générale de l'Union des Syndicats.

Cette assemblée comprend :

1° Les membres du Bureau de l'Union ;

2° Les délégués des Syndicats adhérents.

Tout Syndicat comptant de un à cinquante membres nomme un délégué ; de 51 à 100 membres deux délégués ; de 101 à 200, trois délégués, et un délégué de plus par cent membres ou fraction.

Les délégués doivent être munis de pouvoirs réguliers.

M. *Jubiot* demande qu'il soit nommé un délégué par 50 membres.

M. *Lassalle* appuie cette proposition, disant que c'est une question de justice : la représentation des Syndicats doit être rigoureusement proportionnelle au nombre de leurs adhérents.

M. *Gibert* combat cette proposition et adjure l'Assemblée de ne pas la voter. C'est, dit-il, la grosse question qui se pose dans la nouvelle organisation. Les Syndicats des grandes villes, qui pourront compter plusieurs centaines de membres, noieront les Syndicats des campagnes. Il ne faut pas qu'un Syndicat qui pourrait disposer de 20 ou 24 délégués puisse constituer la majorité dans une Assemblée générale et faire prévaloir ses idées en toutes circonstances, car le bon droit peut être aussi du côté des petits Syndicats. Il s'agit d'organiser une Fédération et il est bon de voir ce qui se passe dans de grandes Fédérations, la Suisse, par exemple, où le plus petit canton a la même représentation que le plus grand.

M. *Lassalle* dit que l'opinion de M. Gibert tendrait à amener une division entre les médecins des villes et ceux des campagnes.

M. *Le Baron* estime que les grands Syndicats, qui verseront des cotisations plus grandes doivent avoir un nombre de représentants plus élevé.

M. *Maurat* n'admet pas que l'on parle de cotisation plus grande, la cotisation est la même pour tous : deux francs par membre.

M. *Le Baron* a reçu mission du Syndicat de la Seine de réclamer la représentation proportionnelle, il en fait une question de principe.

M. *Cézilly* croit que la question est trop grave pour être immédiatement tranchée ; il propose de voter l'article provisoirement ; la question continuerait à être étudiée et on statuerait d'une manière définitive lors de la prochaine assemblée générale. — *L'article 14 est adopté.*

Art. 15.

Les délégués ne peuvent se faire représenter à l'assemblée générale.

Cependant, si tous les délégués d'un même Syndicat n'assistent pas à la Séance, le délégué présent disposera, lors des votes, du nombre de voix attribuées au Syndicat, 1 voix de 1 à 50 membres ; 2 voix de 51 à 100 ; trois voix de 101 à 200 et ainsi de suite. — *Adopté.*

TITRE V. — Bulletin.

Art. 16.

Le journal le *Concours médical* est l'organe officiel de l'Union des Syndicats.

Il publie : les procès-verbaux de l'assemblée générale annuelle et des séances du Bureau, ceux des

réunions des divers Syndicats, les rapports des Commissions et les articles de chronique professionnelle qui sont d'un intérêt général.

Ces publications seront réunies dans un bulletin périodique spécial dit *Bulletin de l'Union des Syndicats*, qui sera adressé :

1° Aux membres du Bureau de l'Union.
2° Aux Présidents de tous les Syndicats adhérents ou non à l'Union.
3° Aux Membres des Syndicats adhérents qui ne reçoivent pas le *Concours médical*.
4° Aux abonnés. — *Adopté.*

TITRE VI. — **Caisse de l'Union. — Trésorier.**

Art. 17.

Pour subvenir aux frais divers de l'*Union des Syndicats*, tels que : réunions du Bureau, étude des questions diverses et démarches qu'elle nécessite, rédaction, impression et envoi du bulletin, etc., etc., il est institué une caisse alimentée par : 1° un versement annuel de chacun des syndicats adhérents à raison de deux francs par membre ; 2° des dons volontaires.

M. *Lassalle* demande la suppression des jetons de présense alloués aux membres du Bureau.

Après une discussion assez longue entre MM. Gibert, Le Baron, Maurat, Lassalle et Pellot, M. Ga... fait remarquer que dans cet article il n'est nullement question de jetons de présence : il est seulement parlé de frais que pourront occasionner les réunions. On ne peut supprimer d'un article un passage qui n'y est pas porté. La question des jetons de présence est une question d'ordre intérieur sur laquelle on statuera plus tard. — *L'Article 17 est adopté.*

Art. 18.

Pour subvenir aux dépenses nécessitées par les actions judiciaires auxquelles participera l'Union, comme il est dit dans un article précédent, les syndicats, auxquels elle sera venue en aide, devront verser à la caisse de l'Union, la moitié des dommages-intérêts qu'ils auront obtenus en se portant partie civile dans ces affaires.

M. *Le Baron* demande qu'au cas où la caisse de l'Union serait vide, une cotisation supplémentaire puisse être demandée aux syndicats adhérents, 0,50 ou 1 fr. au plus.

M. *Pellot* croit que tous les syndicats n'accepteront pas l'obligation de payer cette cotisation supplémentaire.

M. *Lande*. — Ils le feront s'ils le peuvent : les syndicats riches paieront certainement.

Le Conseil judiciaire ajoute qu'il ne peut pas y avoir obligation juridique avec un article conçu dans les termes qui sont proposés.

M. *Cézilly* dit qu'en cas de nécessité il y aura toujours de généreux donateurs ; il rappelle qu'au moment du procès de Domfront, M. le président Gibert a versé mille francs. —*Applaudissements.*

La proposition de M. Le Baron est adoptée.

L'article 18 ainsi modifié est adopté.

Art. 19.

Le trésorier encaisse les sommes provenant de ces diverses sources et en délivre récépissé.

Il solde les dépenses autorisées par le Bureau. — *Adopté.*

Art. 20.

Le trésorier fait connaître l'état de la caisse à chaque réunion du Bureau. De plus, il rend compte de sa gestion, chaque année, à l'assemblée générale. — *Adopté.*

TITRE VII. — **Dissolution. — Modifications aux Statuts — Règlements intérieurs.**

Art. 21.

La dissolution de l'Union ne pourra être prononcée que par une Assemblée Générale spécialement convoquée à cet effet et à la majorité des *trois quarts* des membres présents.

Cette Assemblée déciderait de l'emploi des fonds existant en caisse ou placés au moment de la dissolution. — *Adopté.*

Art. 22.

Aucune modification aux présents statuts ne pourra être mise en discussion si elle n'a préalablement été soumise au Bureau de l'Union deux mois au moins avant l'époque fixée pour l'Assemblée Générale et inscrite à l'ordre du jour de cette assemblée.

M. *Gibert* n'admet pas que l'avis d'un seul membre de l'Union des syndicats soit considéré comme suffisant pour provoquer une modification aux statuts ; il lui semble nécessaire qu'une proposition soit faite sur la question et que plusieurs syndicats réclament cette modification.

La proposition de M. Gibert est adoptée.

L'article 22 ainsi modifié est adopté.

Art. 23.

Des règlements particuliers, adoptés en assemblée Générale, détermineront, selon les circonstances, les conditions dans lesquelles seront mis en pratique, les principes généraux énoncés dans les présents statuts. — *Adopté.*

TITRE VIII. — **Article transitoire.**

Article 24.

A titre transitoire :

1° Les médecins qui n'ont pas de Syndicat dans leur région,
2° Les médecins agrégés à des Syndicats qui n'ont pas donné leur adhésion à l'Union,

sont admis à faire individuellement partie de l'Union.

Ils verseront la cotisation annuelle prévue par les présents statuts.

Comme tous les Membres des Syndicats adhérents, ils peuvent assister aux Assemblées générales, mais ils ne peuvent être représentés par des délégués que s'ils se sont constitués en Syndicat régulier. — *Adopté.*

Le Président met aux voix l'ensemble des statuts, qui est adopté à l'unanimité.

M. Pellot déclare faire des réserves au sujet de la cotisation supplémentaire qui pourra être exigée des Syndicats.

M. *le Président de Fourmestraux* rappelle qu'il ne s'agit, bien entendu, que d'une première lecture, que le Bureau examinera avec soin les propositions nouvelles qui pourraient être faites et que le vote définitif des statuts en seconde lecture est renvoyé à la prochaine Assemblée générale.

Le Président propose maintenant de statuer sur la résolution suivante :

Les membres du bureau de l'Union ont droit pour chaque séance à l'allocation de :
1° Un jeton de présence dont la valeur est fixée à...
2° Une indemnité de déplacement, s'il y a lieu.

M. *Lassalle* propose la suppression du jeton de présence et n'admet que l'allocation éventuelle d'une indemnité de déplacement.

Après discussion, la proposition de M. Lassalle est adoptée.

M. *Jubiot* demande ensuite à ce que la caisse de l'Union ne participe pas aux frais du banquet.

M. *Maurat* fait remarquer que la somme des frais versés pour le banquet dernier n'a rien d'exagéré, d'autant plus que la location de la salle de réunion est prise sur ce chiffre.

M. *Le Baron* fait alors remarquer que l'on pourrait se réunir soit à l'Ecole de Médecine, soit dans une Mairie quelconque et qu'ainsi on n'aurait pas de salle à payer.

M. *Cézilly* croit que cette manière de faire n'aurait aucun avantage ; il fait remarquer de plus que la plupart des invités au banquet sont aussi bien les invités de l'Union des Syndicats que ceux du Concours Médical. Le mode de faire adopté évite des comptes et paraît très légitime.

M. *le Président de Fourmestraux*, propose de laisser l'examen de cette question au Bureau et de passer à l'ordre du jour.— *Assentiment.*

Exercice de la médecine sur les frontières.

M. le *Président de Fourmestraux* communique à l'Assemblée des réclamations émanant du Syndicat de la Vallée de la Meuse.

Les abus signalés sont nombreux : c'est ainsi que des médecins belges viennent régulièrement deux ou trois fois par semaine pour soigner des malades sur le territoire français ; de plus, ces Messieurs entrent en franchise des médicaments qu'ils distribuent à leurs clients.

Un autre fait s'est passé à Gesponsard : Un médecin français, résidant depuis 30 ans dans cette localité, s'est vu, par suite d'une discussion avec son Conseil municipal, supprimer l'allocation de 2.000 fr. que la commune lui faisait, pour le service d'assistance ; cette allocation fut portée à 2.500 et donnée à un médecin belge. Il est vrai d'ajouter que des démarches ayant été faites, l'allocation a bien été de nouveau remise à l'ancien titulaire, mais on ne lui a donné que 2.000 fr.

M. *de Fourmestraux* ajoute que, saisi de réclamations analogues, il a été trouver M. Brouardel. Celui-ci lui a répondu que les règlements de toutes les difficultés, entre nations limitrophes, exigent des conventions qui consacrent des inégalités de part et d'autre : on cède sur une question pour obtenir satisfaction sur une autre. Des démarches sont faites pour obtenir qu'il soit interdit aux collectivités françaises de contracter des abonnements avec des médecins étrangers et pour limiter le droit qu'ont les médecins étrangers d'exercer la médecine en France.

Ces démarches, interrompues un instant, vont être reprises près de M. Hanotaux, le nouveau directeur des consulats.

M. *Lecuyer* promet son appui près de M. Hanotaux qu'il connait particulièrement. *Approbation générale.*

L'Assemblée décide que ces démarches seront faites le plus tôt possible.

Exercice de la médecine civile par les médecins militaires.

M. *Pollet* signale des faits qui se sont passés à Douai, et donne lecture d'un mémoire dont voici les conclusions :

L'Union des Syndicats s'efforcera, par tous les moyens, d'obtenir, au plus vite, une solution radicale et définitive de la question, c'est-à-dire l'*interdiction formelle de l'exercice de la médecine civile*, à moins de circonstances urgentes, passagères et locales, par les médecins militaires des armées de terre et de mer.

Ce n'est pas en déplaçant, par ci par là, un médecin militaire qui aura fait, d'une façon trop apparente, de la clientèle civile, que l'on remédiera au mal. Au bout de quelque temps son successeur ou un autre de ses collègues recommencera, peu à peu, les mêmes errements, et la même situation se reproduira.

La solution doit être générale et non partielle, préventive et non palliative. Elle doit résulter d'ordres ministériels formels, sévèrement imposés à tous les chefs de corps d'armée...

M. le Président. — Je vais vous faire connaître le résultat de mes démarches au ministère et auprès de M. Dujardin-Beaumetz.

Je dois vous dire d'abord, que, contrairement à ce que beaucoup d'entre vous paraissent croire, un médecin militaire peut être imposé de la patente sans que le ministère de la guerre ait à y mettre un veto absolu.

Quand je suis allé au ministère de la guerre, je ne connaissais pas les faits que vient de nous citer notre confrère de Douai, mais j'avais été mis au courant de nombreux cas similaires.

J'ai posé la question d'une façon très précise à M. Dujardin-Beaumetz. Voici sa réponse qu'il m'a autorisé à vous transmettre :

« Tuteur naturel des médecins militaires, m'a-t-il dit, je m'engage à réprimer tous les abus qui pourraient se produire, mais je ne puis pas admettre qu'un médecin militaire puisse être privé du droit de faire de la médecine ; ce médecin est titulaire d'un diplôme qui lui confère le droit d'exercer sa profession. Toutefois je ne saurai admettre que les médecins militaires exercent d'une façon intensive et sur-

tout incorrecte, et je vous demande de me signaler les griefs fondés que vous pourriez avoir. Je m'engage à faire suivre chaque plainte signée, d'une enquête. S'il résulte de cette enquête que le médecin militaire a outrepassé ce que je considère comme son droit, je prendrai telle mesure qui sera nécessaire, réprimande ou déplacement. Si, au contraire je suis amené à conclure que le médecin qui a été l'objet d'une plainte, est injustement incriminé, il recevra une lettre de félicitations.

M. *Puy-le-Blanc*, au nom du Syndicat des Deux-Sèvres, signale le fait d'un médecin de cuirassiers, qui dès son arrivée à Niort fit au médecin civil une concurrence effrénée. Changé de régiment, il demanda un congé de trois mois, et chercha à se faire nommer chirurgien en chef de l'hôpital civil.

Ayant échoué dans sa tentative il obtint sa nomination dans un régiment à Poitiers, et depuis ce moment il vient régulièrement, le jeudi et le dimanche à Niort, donner des consultations et soigner des malades à domicile. Il quitte régulièrement sa garnison des journées entières. Comment peut-il faire son service ?

Le Syndicat de Niort a envoyé une plainte à M. Dujardin-Beaumetz ; aucune réponse n'est encore parvenue.

Il n'est pas possible que des faits semblables puissent être tolérés.

M. de Fourmestraux répond que sans doute le délai écoulé depuis l'envoi de la plainte est insuffisant. En présence de l'engagement formel de M. Dujardin-Beaumetz il n'y a pas à douter que si l'enquête fait la preuve de cet exercice vraiment intensif de la médecine civile, le médecin militaire ne soit déplacé.

Il convient d'ailleurs d'attendre avant toute autre démarche les effets de l'engagement pris par M. Dujardin-Beaumetz. Le Bureau de l'Union restera à la disposition des confrères.

Le président propose à l'Assemblée de remercier M. le Directeur du service de santé des promesses qu'il a bien voulu faire, et de passer à l'ordre du jour. (*Assentiment général*).

Exercice de la Pharmacie.

Le Secrétaire donne lecture d'une lettre envoyée par M. le Docteur Mignen au nom du Syndicat de Montaigu.

M. *Mignen* rappelle la teneur de l'article 11 de la loi Chevandier, tel qu'il avait été voté par le Sénat. Cet article accordait à tout médecin le droit de délivrer des médicaments à ses malades, lorsque ceux-ci habiteraient à plus de 4 kilomètres d'une pharmacie. L'article 11 fut retiré de la loi sur l'exercice de la médecine et renvoyé à la loi sur l'exercice de la pharmacie.

Le Syndicat de Montaigu demande que des démarches soient faites par l'Union pour obtenir l'adoption de l'article en question, lors de la discussion de la loi sur l'exercice de la pharmacie.

Le même Syndicat demande que le droit accordé, par la loi de Germinal, aux médecins qui exercent dans les communes dépourvues d'officines, sans condition de distance, soit conservé à ceux qui en bénéficient actuellement, de manière que la loi n'ait pas d'effet rétroactif.

M. *Gassot* appuie les revendications du Syndicat de Montaigu. Puisque la loi n'a pas dans ses autres articles d'effet rétroactif, il serait inadmissible qu'elle en eût un dans le cas présent.

Quant à l'ancien article 11, il répond, dans certaines régions, à une nécessité absolue. Ce n'est pas pour les médecins des villes qu'il a été rédigé, mais pour certaines campagnes où médecins et pharmaciens sont éloignés de 10, 12 et même 15 kilomètres.

Le législateur qui a en vue l'intérêt général, et non pas l'intérêt particulier du médecin ou du pharmacien, ne peut manquer de l'adopter ; mais, pour cela, il faut l'éclairer, et ce sera le rôle du Bureau de l'Union. — *Assentiment général*.

Assistance médicale dans les campagnes.

M. *Guillon* expose que la loi est en discussion devant la Chambre, et que, dans ces conditions, il est difficile d'examiner utilement cette question. Il convient de laisser au Bureau de l'Union tous les pouvoirs nécessaires pour s'aboucher avec les commissions parlementaires et leur soumettre les revendications du Corps médical. — *Assentiment*.

Election du Bureau.

La séance est suspendue quelques minutes pour laisser aux délégués le temps de se concerter.

A la reprise, le scrutin est ouvert.

Le dépouillement donne le résultat suivant :

A été élu *Président*, M. le Dr Porson, *de Nantes*, à l'unanimité des voix, moins trois données à M. Lande.

M. *le Dr* Cézilly *est Vice-Président statutaire*.

A l'unanimité sont élus :

Vice-Présidents : MM. Cellier, *de Laval* ;
Pouillot, *de Poitiers* ;
Jubiot, *de Marseille* ;
Secrétaire général : Hervouet, *de Paris* ;
Trésorier : Maurat, *de Chantilly* ;
Secrétaires-adjoints : Lécuyer, *de Beaurieux* ;
Luneau, *de Nantes* ;

Le Bureau est donc ainsi constitué pour l'année 1893.

M. *Porson* prononce les paroles suivantes :

Messieurs et chers Confrères,

Je vous remercie de la confiance que vous avez bien voulu me témoigner en me nommant votre président pour l'année qui va s'ouvrir.

Je considère que c'est au Syndicat de la Loire-Inférieure que cet honneur doit être reporté, car depuis huit ans, nous luttons pour répandre l'idée des Syndicats et des avantages qu'ils sont susceptibles de donner, avantages que je considère comme très grands.

Dans la Loire-Inférieure, nous en avons obtenu beaucoup, mais l'avenir nous en accordera plus encore, surtout si nous savons marcher dans les sentiers tracés par nos prédécesseurs.

Je vous remercie donc, mes chers confrères, et, à défaut d'autres qualités, je vous promets le concours de toutes mes forces et de toute ma bonne volonté. (*Applaudissements.*)

M. *Cézilly* insiste sur la nécessité où s'est trouvée l'Assemblée d'écourter la discussion de certaines questions professionnelles. Sans doute, la revision des statuts a pris un temps très long, mais le même fait se reproduit tous les ans, et la tenue de l'Assemblée générale de la Société civile du Concours Médical oblige à abréger les communications.

Il y aurait donc lieu de réunir le matin à neuf heures, par exemple, l'Assemblée de l'Union des Syndicats ; l'Assemblée du Concours aurait lieu le soir.

Cette proposition est adoptée.

La séance est levée à 5 heures 3/4.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement des suppurations pelviennes par la méthode de Vulliet, de Genève.

Cette méthode est en réalité celle de *Landau*, de Berlin, préconisée et améliorée par M. *Vulliet*, de Genève ; exposée tout au long, au Congrès de Bruxelles, elle est venue contre-balancer avec avantage les opérations trop radicales et vraiment abusives de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale, si vantées depuis quelques années contre les pyosalpingites, avec ou sans adhérences. Depuis deux ans, Vulliet n'a pas employé l'hystérectomie pour les suppurations pelviennes. Sur 18 cas opérés par les ponctions, ce chirurgien n'a observé ni un accident, ni un échec.

Les nombreuses et solides adhérences permettent de pratiquer des ponctions par voie vaginale, sans s'égarer à droite et à gauche, dans la cavité péritonéale, et la qualité du pus explique pourquoi le liquide montre si peu de tendance à se reproduire.

Une ponction aseptique est un traumatisme anodin. On a pu ponctionner sans résultat jusqu'à trois reprises, avant de pénétrer dans le foyer ; aucun accident ne s'en suivit.

Voici comment Vulliet décrit l'opération dans la *Gazette médicale de Paris* :

« Même désinfection que s'il s'agissait d'une hystérectomie ou d'une laparotomie.

La malade étant dans la position sacro-dorsale, je me place sur le côté que je vais ponctionner et je fais passer la jambe de ce côté par-dessus ma tête, de façon que cette jambe repose sur mon épaule et que le torse et le bassin s'inclinent du côté opposé. Je signale ce décubitus parce qu'il dégage mieux qu'aucun autre la région à explorer.

La respiration étant tranquille et bien rythmée, la main abdominale descend en dedans de la fosse iliaque, en même temps que deux doigts de la main qui touche, remontent le long des plans de la symphyse sacro-iliaque. Les deux mains finissent par se sentir l'une l'autre, enserrant entre elles tout ce qui peut se trouver dans les annexes. Alors commence la palpation minutieuse qui permettra de découvrir la région fluctuante. Une fois qu'elle est découverte, je fais placer la main de mon assistant sous ma main abdominale et je renouvelle les pressions jusqu'à ce que j'aie, à travers sa main, la sensation que j'enserre bien la tuméfaction par les deux pôles. Alors mon assistant continue seul la pression et prend à son tour la jambe de la malade sur son épaule.

Sans quitter de la main qui touche le point précis où je vais ponctionner, je me place devant la malade, et, saisissant le trocart, je le plonge dans la tuméfaction, en visant le point où appuient les doigts de mon aide.

Pendant l'écoulement du liquide, on continue les pressions, pour en amener l'expulsion complète.

Si je ne vois pas sortir de liquide, je vérifie si le trocart a bien pris la bonne direction, pour ponctionner un autre point, quand j'ai des raisons de croire que j'ai manqué le but.

Il est évident qu'on peut passer deux ou trois fois à côté de la poche, car ces collections sont souvent fort petites, surtout lorsqu'elles sont multiples. Les difficultés techniques sont certainement plus grandes que si les collections étaient superficielles et toujours uniques ; mais ces difficultés sont loin de pouvoir arrêter un gynécologiste familiarisé avec la palpation bimanuelle.

Si, au bout de dix à quinze jours, le liquide s'est reproduit, je ponctionne à nouveau, mais cette fois, l'évacuation étant achevée, j'injecte, à plusieurs reprises, 5 à 10 centimètres cubes de solution de sublimé au 1/1000e dans la poche, en la malaxant, de façon à en bien mettre les parois en contact avec le liquide antiseptique.

Si le liquide se reproduit une troisième ou une quatrième fois, j'ai recours à l'incision et au tamponnement de la poche avec la gaze iodoformée.

Je me sers, pour cela, d'un couteau semblable à l'uréthrotome, terminé sur le côté opposé à la lame par un petit anneau ouvert qui s'adapte sur le trocart. Dès que le pus s'écoule, je ferme le robinet du trocart, et, découvrant le champ opératoire avec des écarteurs, l'utérus étant fixé par une pince, je fais glisser le couteau sur le trocart jusque dans le sac. Il va sans dire qu'il faut diriger la lame de façon à épargner la région des vaisseaux et tous les autres points où l'on a constaté des pulsations. »

Concurremment à cette méthode, Vulliet emploie la médication antiphlogistique et quelquefois le massage, mais seulement comme moyens adjuvants. En somme, d'après lui, la laparotomie ou l'hystérectomie vaginale ne doivent pas être considérées comme les opérations de choix, mais comme des moyens tout à fait ultimes, auxquels on a recours en dernier ressort.

Le traitement du tétanos.

M. le Dr *Berger* a communiqué à l'Académie de Médecine une très intéressante histoire de tétanos traumatique à marche progressive guéri par l'amputation et l'antitoxine.

« Un jeune homme de vingt-huit ans se blesse au petit doigt de la main gauche le 23 juillet. Quinze jours après l'accident, il constate de la raideur des mâchoires, et, trois jours après, le 9 août, il présente un tétanos limité aux muscles masticateurs et aux muscles de la face. Insensiblement la raideur gagne les muscles de la nuque, du tronc, les membres inférieurs, malgré le traitement au chloral, énergiquement institué dès le début. Le 16 août, survient une première attaque tétanique généralisée suivie d'attaques quotidiennes de plus en plus graves. La dose de chloral est élevée à vingt-quatre grammes par jour, associés à six centigrammes de morphine ; néanmoins la situation s'aggrave de jour en jour et la terminaison fatale est imminente.

Le 2 septembre, on pratiqua l'amputation du petit doigt blessé, dont l'articulation interphalangienne était suppurée. Ce jour même, et les jours suivants, furent faites des injections de sérum antitétanique à dose de 40 grammes de sérum représentant 4 grammes d'extrait sec (antitoxine) par jour, par la méthode de Tizzoni et Cattani.

L'amélioration fut rapide : les crises tétaniques disparurent, et la guérison fut complète au bout d'un mois. »

M. *Polaillon* cite une observation du même genre, qui concerne un malade atteint de plaie tétanogène de la cuisse. Malgré une large excision de la plaie et des tissus périphériques et des injections d'antitoxine faites par M. Roux, le malade succomba à un tétanos suraigu.

Néanmoins, M. *Nocard* conclut de ses expériences sur les animaux que si l'antitétanine est inefficace contre le tétanos suraigu, on peut espérer qu'elle sera plus efficace lorsqu'il s'agira du tétanos chronique qui peut mettre près d'un mois à tuer l'animal.

M. Verneuil ne partage pas cette opinion optimiste ; pour lui, l'amputation n'a ni action préventive, ni action curative, le mieux est d'employer le chloral avec persévérance.

M. Chauvel conclut en disant : Nous n'avons pas jusqu'ici un traitement sûr du tétanos ; l'amputation, qui n'a pas donné de meilleurs résultats que le chloral à haute dose, ne saurait être appliquée que le plus rarement possible, puisqu'elle est plus grave et qu'elle n'offre aucune garantie.

MM. Larrey, Trasbot, Le Fort, Leblanc sont également opposés à l'amputation. Le tétanos chronique guérit facilement ; le tétanos aigu est toujours mortel, quoi qu'on fasse. Tous les efforts doivent donc tendre à transformer le tétanos aigu en tétanos chronique. On pourra toujours user du chloral à forte dose ; car, ainsi que le fait remarquer M. Laborde, le chloral ne s'accumule pas dans l'économie et ne présente pas de grands dangers ; c'est le principal enseignement que nous retiendrons de cette discussion sur le traitement du tétanos.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le Havre, 20 novembre 1892.

La déclaration des maladies contagieuses

Réponse à M. Prompt.

Mon cher confrère,

La loi sur l'exercice de la médecine, qui vient d'être votée, contient un article 15 qui oblige le médecin à faire la déclaration des cas de maladies épidémiques.

Voilà donc l'obligation inscrite dans la loi et dès lors toute discussion à ce sujet paraît oiseuse.

Ce qui m'étonne et qui m'a toujours étonné, c'est qu'il puisse y avoir deux opinions, au sujet du devoir strict qui s'impose au médecin de faire cette déclaration, et si M. Prompt en avait le temps, je lui proposerais de calculer ce qu'a coûté à la France, en fait de vies humaines, la non obligation passée dans les mœurs médicales. C'est par vingtaine de mille qu'il faudrait les compter !!

Non, cent fois non, les médecins français, jusqu'ici, n'ont pas compris leur devoir quant à cette obligation. C'est un peu leur faute ; c'est surtout celle des pouvoirs et de l'opinion publics, qui, jusqu'à ces dernières années, n'avaient pris aucun souci de l'hygiène et de la santé publiques et qui s'en remettaient au petit bonheur du soin de faire disparaître les maladies épidémiques. Dieu merci, les temps sont changés, et nous entrons dans une ère nouvelle, celle à la fois de l'organisation de l'*hygiène publique* et de l'organisation de la *médecine préventive*, où le rôle du médecin est capital.

Le médecin doit faire la déclaration : 1° parce qu'il a un rôle social à remplir auquel il ne peut se soustraire ; l'Etat lui confère son diplôme (qui a plus coûté à l'Etat qu'au docteur) ; l'Etat lui garantit que son diplôme aura toute sa valeur et il le défend contre l'exercice illégal de la médecine ; donc l'Etat a le droit de lui demander, en retour, un certain nombre d'obligations sociales, telles que la déclaration des maladies contagieuses, dont l'extension est une menace permanente — telles encore que l'obéissance, sans restriction, aux réquisitions de la justice (réaction contre la conduite des médecins de Rodez).

2° Parce que, seul, il est compétent pour faire cette déclaration. Si le médecin n'est pas obligé directement ou personnellement à la déclaration, il y aura des fissures dans la loi, et l'organisation de la défense, contre telle ou telle maladie, sera défectueuse.

3° Parce qu'enfin, tout autre que le médecin *peut avoir un intérêt considérable à frauder* : pères de famille, maîtres d'hôtels, de garnis, etc.

L'exemple de l'Angleterre est mal choisi, parce que l'Angleterre a 8,000 agents sanitaires, qui couvrent le pays, alors qu'il n'y en a aucun, en France, de régulièrement installé. (Les médecins des épidémies n'ayant qu'un rôle consultatif le plus souvent.)

Faudra-t-il astreindre à la déclaration d'autres personnes que le médecin ? Je le crois, mais cela ne nous regarde pas. Qu'il nous suffise de faire notre devoir, sans nous inquiéter de celui des autres.

Quant à la question de gratuité, elle est jugée partout, excepté en France. La gratuité est un leurre et, faire reposer sur elle, la bonne organisation d'un service public, est une sottise, sottise, hélas ! qui dure depuis des siècles et qui menace de durer encore. Tout service rendu à l'Etat, doit être rémunéré, dans l'intérêt même de l'Etat. Or, la déclaration rend service à l'Etat, c'est-à-dire à l'intérêt de tout le corps social, donc elle doit être payée (1).

(1) Je ne crois pas que les médecins de Hambourg aient caché la vérité. — Les deux premiers décès sont du 18 août, et les premiers cas ne remontent pas au delà du 14.

Mais l'obligation et la gratuité sont deux choses bien distinctes, et je n'hésite pas à dire que, même gratuite, la déclaration devra consciencieusement être pratiquée par le Corps médical tout entier.

Votre dévoué, Dr Gibert.

Les Polycliniques.

Nous avons publié les arguments invoqués contre l'institution des polycliniques. L'impartialité nous fait un devoir de publier la lettre suivante qui contient leur défense :

Monsieur le Directeur,

Vous avez publié le texte d'une pétition remise au Conseil municipal par M. Chassaing au nom du Conseil d'administration de l'Association syndicale des médecins de la Seine. Dans cette pétition qui est un des premiers actes de cette association dans la lutte qu'elle a entreprise contre les Polycliniques, le syndicat sollicite de l'Assemblée communale la suppression des subventions qu'elle accorde aux Polycliniques, et fait valoir quatre raisons à l'appui de sa pétition. Je vous demande la permission de les examiner successivement et d'y répondre :

1° *Les Polycliniques ont été fondées moins dans un but d'intérêt général que dans le but d'intérêt privé.* — Qu'en savez-vous ? Ce n'est qu'une supposition que vous faites : pourquoi supposer le mal plutôt que le bien, et qui vous a permis d'apprécier ainsi les intentions que vous ignorez ? Est-il donc impossible de trouver des gens qui ne dédaignent pas de s'occuper de l'intérêt général ? Les membres du syndicat de la Seine, en portant cette accusation sans preuves, pourraient laisser croire que pour eux il est exceptionnel de rencontrer des gens qui sont guidés par d'autres mobiles que l'intérêt privé. S'ils avaient pris la peine de lire les noms des personnes qui sont à la tête de la Polyclinique de Paris, ils auraient vu qu'il s'y trouvait des hommes dont le désintéressement et le dévouement à l'intérêt général ne peuvent être contestés par personne. Notre président, nos vice-présidents, les membres de notre Conseil d'administration sont des hommes dont la vie tout entière a été consacrée au soulagement des misères publiques et privées ; nos médecins ont été choisis parmi ceux dont l'honorabilité professionnelle ne pouvait laisser aucune prise à la critique. Quel intérêt autre que l'intérêt général ont donc des hommes comme MM. Jacques, de Beaufort, Passant, etc., à donner sans compter leur temps et leur travail pour le développement et l'administration d'une œuvre comme la Polyclinique ? Quant aux médecins, chefs de service, leur intérêt personnel ne serait-il pas plutôt de ne pas faire partie de cette institution ? Ils donnent leurs soins gratuits, dites-vous, à des gens aisés qui pourraient les payer, leur intérêt ne les engagerait-il pas plutôt à réclamer d'eux des honoraires ? De plus, l'agitation soulevée contre les médecins de la Polyclinique par un certain nombre de leurs confrères ne va-t-elle pas à l'encontre de leurs intérêts les plus évidents ? Ils sont spécialistes pour la plupart ; si l'on arrive à les faire suspecter et à faire croire à beaucoup de médecins que la Polyclinique leur est très préjudiciable, ceux-ci ne leur enverront pas de clients et il est présumable qu'ils verront le vide se faire dans leur cabinet.

Pour mon compte personnel, j'affirme qu'à l'heure actuelle la Polyclinique n'a été la cause d'aucune amélioration dans ma situation matérielle : le seul intérêt que j'en aie retiré et le seul que nous visions, lors de la création, en dehors de l'intérêt général, est celui d'avoir à notre disposition un grand nombre de malades de façon à pouvoir augmenter la somme de nos connaissances scientifiques. Il n'est pas besoin d'insister sur ce point et tous les médecins dignes de ce nom le comprendront.

2° *En qualité de contribuables, les médecins ne peuvent admettre que leurs deniers servent à favoriser des institutions qui leur portent un préjudice considérable.* — En supposant, ce qui est faux, je crois, l'avoir prouvé, que les Polycliniques portent un si grand tort au corps médical, cet argument, selon moi, serait encore sans valeur. Tous les intérêts particuliers lésés par des intérêts généraux plus élevés sont dans le même cas. Il n'est guère d'entreprises dirigées ou subventionnées par le gouvernement et les communes qui ne puissent encourir le même reproche. L'État, avec l'argent des contribuables, fait marcher des services de transports, de correspondances, d'instruction, etc. ; les citoyens qui sont à la tête d'entreprises privées du même genre et sont ainsi en concurrence avec l'État contribuent de leurs deniers à la prospérité d'établissements adverses et se nuisent ainsi à eux-mêmes. Les communes, en installant des usines d'éclairage, des écoles primaires, secondaires et d'enseignement supérieur, et tant d'autres établissements demandent aux contribuables l'argent nécessaire à leur fonctionnement. Que dirait-on si les directeurs d'usines, d'établissements scolaires privés se refusaient à payer l'impôt sous prétexte que les institutions similaires aux leurs, placées sous la direction des villes, leur portent un préjudice considérable ?

3° *Les bureaux de bienfaisance et les hôpitaux suffisent amplement à assurer le service des indigents.* — Voilà encore une affirmation qui est en contradiction avec tout ce qui a été dit jusqu'ici. Il n'est pas de session de Conseil municipal où l'on ne vienne se plaindre de l'insuffisance de nos services d'assistance médicale. Les médecins des bureaux de bienfaisance qui sont, je crois, compétents dans la question, se plaignent de ne pouvoir remplir leurs fonctions qu'aux prix d'efforts surhumains. Quant aux hôpitaux il suffit d'avoir assisté à une consultation externe de l'hôpital Saint-Louis, par exemple, où un médecin, dans l'espace de 2 heures, doit visiter 300 malades pour reconnaître qu'il y a là une pléthore telle que l'examen médical ne peut être aussi complet qu'il serait nécessaire.

Du reste, si l'Assistance médicale, telle qu'elle est organisée aujourd'hui, était amplement suffisante, pourquoi les pouvoirs publics s'occuperaient-ils constamment de l'améliorer, et verrions-nous chaque année augmenter le budget de l'Assistance publique ?

4° *Le plus grand nombre des consultations est donné à des gens qui ne sont pas nécessiteux et il est immoral d'encourager ce genre de mendicité.*

En ce qui concerne la polyclinique de Paris, qui me paraît surtout visée, je ne puis répondre qu'une chose, c'est qu'avant d'avancer un pareil fait, le rédacteur de la pétition aurait bien fait de prendre des renseignements plus exacts. Loin de donner le plus grand nombre de consultations à des gens qui ne sont pas nécessiteux et d'encourager ce genre de mendicité, nous faisons tous nos efforts pour n'accorder nos soins qu'aux vrais pauvres. Il est bien évident qu'il a dû arriver que des individus aisés, sans scrupules, ont pu réclamer et obtenir des soins réservés uniquement aux indigents, mais nos actes et nos paroles prouvent que nous mettons tout en œuvre pour réprimer cet abus et je puis affirmer que le nombre de ces faux pauvres devient de plus en plus restreint à la Polyclinique et est, dans tous les cas, de beaucoup inférieur à celui qu'on constate dans les hôpitaux. Certes, je le regrette autant et même plus que les membres du syndicat, car j'en suis plus qu'eux la victime, que des personnes riches viennent, sous un déguisement, mendier auprès de nous l'assistance médicale ; mais est-ce une raison pour priver de secours la masse des vrais pauvres ? Je ne le pense pas et, tout en faisant tous mes efforts pour éloigner de ma consultation les gens à l'aise, cela ne m'empêchera pas d'assister tous ceux qui me paraîtront appartenir à la classe des pauvres honteux à la-

quelle s'intéresse surtout la Polyclinique de Paris.

On le voit, les arguments ne supportent pas l'examen. D'ailleurs, le syndicat a pris la peine de se réfuter lui-même ; il vient de nous dire que les Polycliniques étaient inutiles et que les bureaux de bienfaisance suffisaient amplement à assurer le service des indigents ; il ne faut pas aller bien loin pour lui voir exprimer l'opinion contraire et constater l'insuffisance des bureaux de bienfaisance et l'utilité des Polycliniques. En effet, en lisant le compte rendu de la démarche faite par le Conseil d'administration du syndicat auprès de la Ve commission du Conseil municipal pour y soutenir sa pétition, nous y voyons que les pétitionnaires ont insisté sur l'utilité qu'il y aurait à *créer dans les établissements publics (maisons de secours des bureaux de bienfaisance) des polycliniques en mettant à la disposition des médecins des bureaux de bienfaisance les instruments et le personnel nécessaires qui leur font, à l'heure actuelle, complètement défaut.*

Je ne m'attendais pas à trouver un pareil argument, en faveur de la thèse que je soutiens, dans la bouche de nos adversaires eux-mêmes. Les personnes impartiales auxquelles je m'adresse ne manqueront pas d'en tirer l'enseignement qu'il comporte. Cette contradiction est un nouvel exemple de l'injustice et de l'erreur vers lesquelles se laissent entraîner des esprits ordinairement pondérés lorsqu'ils n'écoutent que la voix de leur intérêt personnel.

Veuillez agréer..., Dr L. Butte.

(*Progrès médical*).

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la Presse médicale. — Procès-verbal de la réunion du 4 novembre 1892 au restaurant Marguery. Quinze membres étaient présents au dîner que présidait M. Cornil, M. de Ranse, syndic s'était excusé.

La séance a été occupée d'abord par la discussion des candidatures posées. Ont été admis à l'unanimité :

M. le Dr Chervin, directeur du Journal «*La Voix*» ;

M. le Dr Gautier, directeur du Journal « *La Revue internationale d'électrothérapie* » ;

M. le Dr Gilles de la Tourette, directeur du Journal « *l'Iconographie de la Salpêtrière* ».

Après conversation sur divers sujets, une Commission composée de MM. *Topinard*, *Leblond* et *Gorecki* est nommée à l'effet d'étudier un point intéressant, le Journalisme médical.

Elle a, en outre, le mandat de faire choix d'un *conseil judiciaire* de l'Association, en vue de la question spéciale qu'elle est chargée de traiter.

Il est décidé que la liste des membres de l'Association sera adressée à tous les éditeurs d'ouvrages de médecine.

Le Secrétaire, Marcel Baudouin.

— La loi sur l'exercice de la médecine a été promulguée le 30 novembre par M. le Président de la République.

— *Loi assurant l'existence aux familles des médecins morts en faisant leur devoir au cours d'une épidémie.* — Rappelons l'odyssée pitoyable des médecins des Pyrénées-Orientales, réclamant en vain au département et à l'Etat, l'indemnité à laquelle ils avaient droit, lors de l'épidémie cholérique espagnole d'il y a deux ans.

Rappelons la mort récente, au Havre, du Dr Piasecki, mort victime du devoir professionnel, ayant fait plus que son devoir, comme l'a si bien dit le Dr Gibert à la réunion générale du Concours, et laissant dans une situation précaire une famille nombreuse, dont se désintéressent l'administration communale et l'Etat ; et mettons en regard la résolution vraiment libérale et si juste prise en Allemagne. A l'avenir, l'Etat sera chargé d'assurer des moyens d'existence aux familles des médecins morts en donnant leurs soins aux malades atteints d'une affection épidémique. De plus, les médecins chargés d'un service au cours d'une épidémie auront droit à une indemnité proportionnelle au dérangement que leur auront causé leurs fonctions officielles, cette indemnité devant être fixée par une loi.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3761. — M. le Dr Capony, de Charlieu (Loire), présenté par M. le Dr Barbat, de Charlieu.

N° 3762. — M. le Dr Grémeand, de Lamargelle (Côte-d'Or), présenté par M. Chauvenet.

N° 3763. — M. le Dr Hagen, de Cherbourg, présenté par M. le Directeur.

BIBLIOGRAPHIE

Signes de la mort **et moyens de prévenir les inhumations précipitées**, par le docteur Maze, du Havre.

Mémoire récompensé par l'Institut de France. Prix : **2** francs ; **1** fr. **60** net et franco pour les lecteurs du *Concours*, qui lui en feront la demande directe. Joindre mandat et une des dernières bandes.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

La *Société d'Editions scientifiques*, établie sur les bases de la **Mutualité**, a pour principe de partager par moitié, entre les Auteurs et elle, *tout bénéfice* résultant de la vente des ouvrages.

Vient de paraître :

L'hygiène nouvelle dans la famille, par le Dr Cancalon, préface de M. Dujardin-Beaumetz. Société d'Editions Scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris. Prix : **3** fr. **50**. Envoi franco par la poste contre un mandat adressé à M. le Directeur de la Société.

L'ouvrage du Dr Cancalon est un plaidoyer chaleureux en faveur de l'hygiène. Il en expose les principes avec une clarté vraiment séduisante. Les principaux aspects du sujet : *fermentations, contagions, antisepsie, hérédité, soins immédiats* et *urgents, signes lointains* et insidieux des maladies sont traités avec un grand talent d'exposition. Il ne manque pas non plus de points de vue originaux où l'auteur a mis la marque d'un esprit ingénieux.

Ce livre sera certainement bien accueilli du corps médical en raison de ses qualités scientifiques, mais aussi parce que l'auteur s'est attaché à montrer la complexité de l'art médical et la nécessité de s'en rapporter exclusivement aux hommes du métier et de laisser de côté les donneurs de conseil et les marchands d'orviétan.

Nos confrères verront qu'il leur apporte un concours contre le charlatanisme et l'ignorance et qu'il mérite d'être propagé par eux.

Hygiène et traitement du diabète, par le docteur E. Monin, Secrétaire de la Société Française d'Hygiène, Chevalier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique. Prix : **3** fr.

Ce volume, qui fait partie de la collection « Petite Encyclopédie médicale », est aussi clairement et aussi méthodiquement écrit que les autres précieux ouvrages du même auteur.

Net *franco*. **2** fr. **40** pour MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DE LA

SOCIÉTÉ DU « CONCOURS MÉDICAL »

DU 27 NOVEMBRE 1892

La séance est ouverte à 6 heures moins le quart, sous la présidence de M. *Cézilly*.

Prennent place au Bureau, les membres du Conseil de direction, MM. *Gibert*, *Gassot*, *Maurat*, et M. *Lordereau*, conseil judiciaire de la Société.

Le Bureau se constitue en nommant pour secrétaire M. le Dr *Maurat*.

Le président rappelle que les formalités statutaires, pour la convocation de l'Assemblée, ont été accomplies, que l'ordre du jour a été publié, ainsi que les rapports du Conseil de *Direction*, de *Rédaction* et *d'Administration*.

Il fait part des nombreuses lettres d'excuses, adressées par les membres du Concours empêchés de prendre part à la Réunion.

M. *Cézilly* s'exprime alors en ces termes :

Vous comprenez, Messieurs, notre embarras, puisque la séance du Concours aurait dû commencer à quatre heures et qu'il est près de six heures, moment où elle devrait être terminée.

La séance de l'*Union des Syndicats*, malgré tous les efforts de M. de Fourmestreaux, s'est terminée à cinq heures et demie. Il est absolument impossible, puisque, aussi bien pour l'Union, que pour le Concours, les sujets en discussion se multiplient chaque année, de continuer les errements anciens. Nous vous proposons donc de décider, dès ce moment, que pour notre prochaine Assemblée générale, la séance des délégués des Syndicats aura lieu à 9 heures du matin et celle du Concours médical, à deux heures du soir. (*Assentiment général.*)

Messieurs, continue le Directeur, avant de passer à l'ordre du jour, j'ai une faveur à vous demander. Je suis informé qu'un membre du Concours, M. le Dr Barnay, doit faire, en séance, une proposition qui intéresse notre société. Elle devait venir en dernier ordre : propositions des membres du Concours. Je demande pour elle la priorité et je donnerai la parole à M. *Barnay*, dès que je serai informé de sa présence. (*Approbation générale.*)

Je suis présent, répond, à ce moment, M. Barnay.

En ce cas, Messieurs, réplique M. Cézilly, M. Barnay va avoir la parole dans un instant. Je dois, auparavant, vous exposer les préliminaires de mon rapport ; faire donner lecture de celui de votre *Secrétaire Trésorier* et permettre à M. le Dr Gibert, obligé de nous quitter, de vous exposer la situation de la famille d'un médecin du Havre. (*Assentiment général.*)

Messsieurs et chers Confrères :

En présence de l'événement médical qui vient de s'accomplir, le vote définitif, par le Sénat, le mardi 22 novembre, de la *loi-Chevandier*, qui fixe pour longtemps, probablement, la législation nouvelle sous laquelle va vivre désormais le corps médical, qu'il me soit permis de revenir, une dernière fois, sur ce sujet, sans cesse agité dans nos assemblées générales.

Nous avons voulu, il y a deux ans, rendre un hommage prématuré au médecin, au législateur éminent qui a la gloire d'ajouter son nom, comme un autre de nos confrères, M. le Sénateur *Roussel*, à une loi médicale. La *loi Chevandier*, la *loi Roussel*, sont deux lois d'intérêt supérieur.

Mais, après ces noms, vous me reprocheriez, Messieurs, de ne pas citer ceux des membres du Concours médical, qui sur l'invitation de l'*Assemblée générale* de 1881, ont pris l'inititiative de la *Revision de la législation.*

Après 11 années d'attente et de pénibles vicissitudes, lorsque le succès a couronné leurs efforts, il est juste de rappeler à votre souvenir les principaux confrères qui, en de nombreuses séances, aidés par les travaux de nombreuses commissions spéciales, et par les efforts de tous nos sociétaires, ont contribué à amener le vote de la loi.

Ce sont MM. *Marguerite* (du Havre), *Gassot* (de Chevilly), *Bibard* (de Pontoise), *Decool* (d'Hazebrouck), *Landur* et *Monin* (de Paris), et le Secrétaire de la Commission, M. le Dr *Geoffroy* (de Paris), qui, sous la présidence de M. *Chevandier*, se livrèrent, en 1881 et 1882, à une enquête approfondie dont les travaux

furent condensés en un mémorable rapport, par M. le Dr Geoffroy, rapport envoyé à tous les députés et senateurs, à diverses reprises.

Les matériaux de ce travail avaient été fournis : par les commissions d'études, confiées à MM. Marais, Huette, Mignen, Lebrun, Bibard, Carrière, Boëll, Hennart, etc., par les vingt et un articles sur la revision de la législation médicale et pharmaceutique du Dr *Gassot* et par le vaste *Questionnaire sur la situation des médecins en France*, qui donnait de précieuses indications.

Ensuite venait l'époque des *pétitions* et des démarches auprès des législateurs, pour seconder, selon ses désirs, les propositions parlementaires de M. Chevandier.

Ce travail non interrompu des membres de notre société a duré douze années.

Nous savons bien que dès 1811, *Dupuytren* faisait voter par la Chambre un projet de loi ; mais que, Chaptal ayant fait adopter par la Chambre des pairs, un amendement qui substituait aux *officiers de santé* des *licenciés en médecine* ayant droit d'exercice général, le gouvernement retira le projet de loi. Nous avons failli récemment voir surgir un incident analogue. Le Projet de loi *Salvandy*, dû au congrès de 1845, fut sur le point d'aboutir ; sous l'Empire l'Association générale, dans l'ardeur des premières années de sa fondation, fit de notables efforts ; MM. *Naquet, Roger-Marvaise, Liouville*, tentèrent aussi l'entreprise de 71 à 1880, — mais aucune de ces tentatives n'avait réussi.

C'est alors que, en 1881, M. Chevandier invitait le *Concours médical* à produire ses cahiers de doléances. « Nous avons accepté de nous faire les échos des vœux de nos confrères, de tenter la revision de la législation. Puissions-nous ne pas faillir à notre tâche. » C'est ainsi que s'exprimait le docteur *Gassot*, le 18 juin 1881, et quand je songe à tout ce qu'il a écrit, à toutes les démarches auxquelles il a pris part, je ne puis m'empêcher d'associer ces trois noms : MM. Chevandier, Gassot et Geoffroy. (*Applaudissements.*)

Messieurs,

Cet hommage rendu, une dernière fois, à nos collaborateurs de la première heure, nous ne l'épargnerons pas à ceux qui, tout récemment, viennent de nous seconder puissamment.

La loi Chevandier ne visait pas, à nos débuts, une des plus sérieuses œuvres du Concours, *les syndicats médicaux*, puisqu'en 1881, nous avions à peine prononcé leur nom. Elle a la bonne fortune de les consacrer ; c'est encore un service qu'elle nous rend. Pour les syndicats aussi, il nous a fallu de nombreuses années de persévérance, de pétitions, de démarches, d'appels réitérés à l'équité des législateurs pour les voir triompher.

Le Président du conseil, M. Loubet, les a consacrés lorsqu'il a dit : « *Les syndicats médicaux empêcheront l'exploitation de la crédulité publique, de la bourse et de la santé de tous.* »

Nous espérons, Messieurs, qu'au souvenir de ces longues campagnes, vous reconnaîtrez que le *Conseil de direction du Concours* est bien « *Un comité pour la protection et la défense des intérêts professionnels* et que, dans la mesure de ses forces, il a rempli la tâche qu'il a acceptée depuis 1885. » (*Applaudissements.*)

Nous allons, si vous le voulez bien, passer à l'ordre du jour, c'est-à-dire à l'examen de nos diverses questions professionnelles.

Mais, auparavant, nous avons, Messieurs, à examiner et à approuver les comptes de la *Société civile* pour 91-92 et à établir le budget de l'année 1893, afin que, connaissant les ressources dont nous pouvons disposer, il vous soit permis d'en déterminer les affectations.

Je dois aussi, Messieurs, adresser en notre nom à tous, des compliments de condoléances aux familles des membres du Concours que nous avons perdus, cette année et payer ici un tribut d'hommages spécial à la famille, si honorable, de notre très regretté et très méritant confrère M. le Dr Perron. (*Applaudissements.*)

Je traduirai Messieurs, vos applaudissements, en écrivant, à Mme Vve Perron, le témoignage unanime que vous venez de donner à la mémoire de son regretté mari.

La parole est à M. le Dr Maurat, secrétaire-trésorier.

M. *Maurat*: Chers Confrères,

Vous avez tous lu dans le n° 46 du *Concours médical* le rapport que je vous ai adressé et je pense qu'il est inutile de vous en donner lecture avant de vous proposer l'approbation des comptes de l'exercice 91-92.

Nous vous ferons remarquer, avec une légitime satisfaction, que le nombre des nouveaux adhérents à la Société du Concours croît, chaque année, avec une progression régulière et vient augmenter d'autant notre avoir social. Nos nouveaux adhérents sont cette année au nombre de 90 et ont produit une somme de plus de 880 fr.

Vous avez également lu dans le n° 47 les quelques errata qui s'étaient produits dans la composition du n° précédent, puisque M. Cézilly, abandonnant l'abonnement de première année, verse ainsi leur droit d'entrée.

A titre de renseignements, j'ajouterai que, au cours du jour, le Portefeuille de la Société civile du Concours médical vaut 35.235 fr. 10 et celui de la Caisse de Prévoyance 9.978 fr. 50, ce qui forme un total respectable de 46.214 fr. 60.

Permettez-moi, mes chers confrères, d'ajouter que parmi les dons faits à la Société pendant l'année écoulée ne figure pas celui de 200 fr. que vient de faire récemment notre directeur, le Dr Cézilly, qui, toujours désireux de nous être agréable, veut encore cette année pourvoir aux frais de distraction littéraire et musicale qui suivra le banquet de ce soir. Je suis certainement votre interprète en lui adressant nos plus chaleureux remercîments. (*Vifs applaudissements.*)

M. le Président met aux voix l'approbation des comptes de l'exercice 1891-92, qui est votée à l'unanimité.

M le Dr *Cézilly* reprend :

Messieurs,

Tout récemment, un membre du Concours, M. le Dr *Piasecki*, succombait au *Havre*, victime de l'épidémie cholérique.

Nous vous avons proposé, en décembre 1884, la création de la *Société de protection des victimes du devoir médical.* Elle possède une petite fortune, dont elle n'a, jusqu'à ce jour, trouvé qu'un emploi restreint, à cause des exigences de son but spécial.

D'une lettre reçue hier de M. le professeur *Chastaing, secrétaire-trésorier de l'œuvre*, il résulte que la *Société de protection* possède, à l'heure actuelle, 300 fr. de rentes 3 0/0 et 1016.25 en espèces, soit environ *onze mille francs.*

Il s'agirait donc de définir son champ d'action et à ce sujet je donnerai la parole à M. le Dr *Gibert*, membre du Conseil de direction du Concours et président d'honneur de l'Union des Syndicats.

M. *Gibert* : Chers confrères. Nous avons une Société, elle encore, œuvre du Concours médical, destinée

à protéger les victimes du devoir médical. Je viens vous signaler une de ces victimes, mon confrère du Havre, le Dr Piasecki. Pendant l'épidémie qui vient de faire tant de victimes, il a dépassé les bornes des forces humaines ; il a visité en une journée jusqu'à 90 cholériques, la plupart ouvriers bretons misérables, et sans vouloir, malgré nos avis, tenir compte de ce surmenage, il a succombé, malgré nos soins, au choléra. Il savait qu'il affrontait un danger mortel, auquel par un repos relatif, il aurait pu se soustraire ; il n'a pas voulu mettre de bornes à son dévouement et il laisse, sans aucunes ressources, absolument, une nombreuse famille, dont il était le seul soutien ; famille composée de mère, sœurs, veuves elles-mêmes de médecins, et d'autres membres, tous à la charge de la veuve. Nous avons apporté déjà un infime secours, à cette glorieuse misère et nous voudrions obtenir un bureau de tabac d'une classe suffisante pour la situation.

Puisque la Société de protection a, comme vient de me le faire observer M. Cézilly, pour but essentiel de procurer des *protections aux victimes* et en outre un secours pécuniaire, nous allons les réclamer et nous aurons fait une bonne action médicale. (*Applaudissements.*)

M. *Cézilly* fait observer à M. Gibert qu'il est indispensable de préciser les circonstances de la mort du Dr Piasecki et que la demande d'appui devra être adressée, par ses soins, à M. le Dr Roussel, sénateur, président de l'œuvre. La Société du Concours médical s'associera à sa demande (*Applaudissements.*)

M. *Cézilly* ajoute :

Après les paroles de M. le Dr Gibert, il ne nous semble pas hors de propos, lorsqu'il vient de nous parler d'un de nos confrères, mort du choléra, de faire remarquer que la *France* n'a pas encore imité l'exemple que lui ont donné les nations voisines : l'*Italie*, la première en date, qui le 1er juillet 1867, promulguait une loi, disant, en substance, que les *veuves et les orphelins* des médecins, non fonctionnaires de l'Etat, envoyés dans une localité, où règne le choléra, et qui y succombent, recevront une pension de l'Etat, variant de 400 fr. à 1000 fr. ; l'Autriche-Hongrie, qui, dans sa *loi d'hygiène*, dit que les veuves et orphelins des médecins qui succombent dans l'exercice de leurs fonctions, *ont droit à une pension et à des bourses dans les lycées*.

Une pétition à la Chambre française fut rapportée, avec conclusions favorables, par M. le député *Talandier*. Il disait « que si l'on vient au secours des incendiés, des inondés, à plus forte raison on doit secourir les familles des médecins victimes des épidémies ». Cette pétition était justamment recommandée, par la Chambre, aux ministres de l'intérieur et de la justice.

En 1875, une circulaire ministérielle, signée Constans, repoussait la pétition en ajoutant, toutefois, que l'appui de son ministère et celui de ses collègues *était acquis à toute œuvre d'initiative privée, ayant le même but*. En effet, en 1888 et années suivantes, la *Société de protection*, grâce aux démarches de MM. *Henri Monod* et *Nicolas*, recevait une large subvention.

Tout récemment, en *Allemagne*, au sujet des dédommagements à accorder à la suite des épidémies, pour mesures de désinfection, dégâts matériels, etc..., la Commission chargée de dresser un projet de loi au sujet des maladies infectieuses, a ajouté une disposition disant que l'Etat sera chargé d'assurer des moyens d'existence aux familles des médecins victimes de l'épidémie. De même, en *Russie*, des mesures analogues ont été mises en pratique, dans l'épidémie régnante de choléra.

Ne serait-il pas opportun, Messieurs, de reprendre la voie du recours aux législateurs. (*Assentiment général.*)

Nous avons les éléments essentiels de l'étude de la question et le Conseil de direction pourra confier à une *Commission spéciale*, le soin de rechercher les mesures les plus favorables pour amener une solution. *La loi de protection de la santé publique* va nous imposer des charges nouvelles ; en temps d'épidémie, le rôle des médecins sera agrandi ; ils devront être, encore plus que par le passé, sur leur champ de bataille ; la même loi ne pourrait-elle, par un article spécial, décider que les veuves et orphelins des médecins victimes des épidémies auront des droits spéciaux ? (*Assentiment.*)

Nous espérons, ce soir, voir à notre banquet, M. le Dr *Langlet*, qui a fait, à la Chambre, un remarquable rapport sur la loi de protection de la santé publique. Nous pourrions lui demander d'aider à l'accomplissement de notre juste vœu. (*Assentiment général.*)

Propositions du Dr Barnay.

M. *Cézilly* :

Je vais, Messieurs, tout à l'heure, puisque vous m'avez permis de lui donner la priorité, prier M. *Barnay* d'exposer son sujet.

M. Barnay, le 11 octobre, nous écrivait pour proposer des modifications aux statuts du Concours. Le surlendemain, nous lui répondions pour le prier de préciser sa proposition en vue de la soumettre à l'examen du Conseil de Direction. Il nous renvoyait une longue lettre, dans laquelle il nous réclamait un délai pour la rédaction de sa motion ; il se défendait de la pensée de *vouloir faire une obstruction*, dont nous ne pouvions le soupçonner ; il ajoutait que, sans nous demander un rendez-vous précis, nous pouvions lui indiquer nos heures ***habituelles*** de Bureau et qu'il était possible qu'il y apparût ***soudainement***.

Quelqu'étranges que fussent ces particularités, nous ne pouvions nous douter que, depuis plusieurs jours, M. Barnay préparait et publiait, le 15 octobre, un article dans le *Monde médical*, feuille qui appartenait à M. Astier, pharmacien, 72, avenue Kléber. Le 24 seulement, il formulait, dans une lettre nouvelle, ses propositions ; les voici :

1° Le droit, pour tous les membres du Concours, de voter par correspondance, ou par délégation, sur toutes les questions portées à l'ordre du jour.

2° Une large participation de la Société civile dans les bénéfices résultant de l'exploitation du journal.

3° Le droit pour tous les membres du Concours médical au service régulier et gratuit du journal.

4° Une forte réduction dans la part des frais du *Banquet* payés par la Société, chaque année.

Cette proposition est la reproduction de celle que M. Barnay avait déjà présentée en 1886, relatée dans le compte rendu de l'Assemblée générale de cette époque et repoussée par elle à l'unanimité : « Je propose de revenir aux statuts antérieurs et d'annuler les décisions de l'Assemblée générale de 1885. Si l'opportunité de la séparation du journal et de la Société existe toujours, je propose de mettre à l'étude cette question, pour arriver à sauvegarder tous les intérêts en jeu ; puis, dans l'Assemblée générale de l'année prochaine, de voter à nouveau, en autorisant les absents à voter par correspondance. »

Nous répondions à M. Barnay : le Conseil de direction se réunit le 27 octobre, de 2 h. à 5 h., venez et on vous fournira tous les renseignements que vous pouvez souhaiter. M. Barnay ne venait pas et s'excusait sur ses occupations multiples, M. Barnay recevait l'indication d'un nouveau rendez-vous le jeudi suivant, de 9 à 11 heures. Il venait au bureau à 6 heures du soir !

Le *Monde médical* du 15 octobre était adressé à tous les médecins de France. Vous l'avez tous reçu; et si vous ne l'avez pas lu, vous pourrez le réclamer à M. Astier.

Mais avant de donner la parole à M. Barnay, il importe, Messieurs, que vous soyez mis au courant de la situation du Concours médical, au moment où a eu lieu la séparation du journal et de la Société civile du Concours médical. Je prie M. le Secrétaire-trésorier, Dr Maurat, de vous donner lecture du *registre des délibérations* des Comités et du Conseil d'administration en 1885.

M. *Maurat* : Je tiens d'autant plus à vous donner lecture des procès-verbaux de nos séances, que je suis, comme les neuf confrères faisant partie, avec moi, des comités, en 1885, engagé dans la question.

Je vous fais observer, d'abord, que cette discussion n'a qu'un intérêt rétrospectif, puisqu'en 1885, après discussion et rapports verbaux à l'Assemblée générale, il a été pris une décision unanime, sans appel, conforme aux délibérations de vos comités et autorisée par l'article 15 des anciens statuts qui disait : « *La société sera dissoute à défaut de bénéfices provenant de l'exploitation du journal le* « *Concours médical* ». Nous vous avons exposé cette situation, sans de trop longs détails, en 1885. Ces détails nous voulons vous les donner, aujourd'hui qu'ils peuvent vous être fournis sans aucun inconvénient, puisque, vous le savez, l'existence de la Société civile et celle du journal sont établies sur des bases inébranlables et qu'ils vivent, tous les deux, d'une existence séparée, en se rendant des services réciproques, pour le succès de toutes nos œuvres professionnelles, en pleine prospérité.

En 1880, le journal *le Concours médical*, avait coûté, au directeur propriétaire, une somme de 23.500 francs. Grâce à l'exposition de ses idées sur la publicité, d'une persévérance à toute épreuve, il avait obtenu des établissements les plus considérés, des propriétaires des spécialités les plus anciennes, des stations thermales les plus appréciées, des traités de plusieurs années de durée, qui, de 1880 à 1885 ont fourni aux dépenses de nos gros budgets de cette époque.

En 1885, un grand nombre de ces traités étaient expirés, ou allaient l'être. Ceux qui les avaient signés avaient certes été dédommagés de leurs dépenses, mais n'avaient peut-être pas obtenu tous les bénéfices qu'ils espéraient et ils les avaient dénoncés.

Voici du reste comment la situation est relatée au registre des procès-verbaux de notre société :

Séance du Comité d'Administration du 13 *mai* 1885.

Traités dénoncés. — Nos 1, fin décembre, 4,500 fr. — 2, fin mai, 2,500 fr. — 3, fin mai, 2,500 fr. — 4, fin août 1,200 fr. — 5, fin juillet, 5,240 fr. — 6, fin novembre, 6,740 fr. — 7, fin mai, 3,000 fr. — 8, fin août, 2,000 fr. — 9, fin décembre, 6,000 fr. — 10, fin mai, 4,700 fr. — Total : **38,380 fr.**

Autres traités non encore dénoncés, mais pouvant être modifiés dans un espace de temps rapproché, abonnements, produits des services et fournisseurs divers. — Nos 11, 3,000 fr. — 12, 1,800 fr. — 13, 500 fr. — 14, 500 fr. — 15, 500 fr. — 16, 500 fr. — 17, 250 fr. — 18, 300 fr. — 19, 300 fr. — 20, 1,800 fr. — 21, 2,500 fr. — 22, 1,200 fr. — 23, 600 fr. — 24, 1,500 fr. — 25, 1,500 fr. — 26, 2,000 fr. — 27, 800 fr. — 28, 1,700 fr. — 29, 1,000 fr. — Total : **22.250 fr.**

Le Comité observe que le budget de prévisions de 1884-85 s'élevait pour les dépenses à 52,000 francs et qu'il est possible à la rigueur d'économiser sur certains articles :

1° Sur le journal	6000
2° Comités (réunions)	1000
3° Rémunération des secrétaires	1200
4° Frais imprévus	1000
Total des diminutions possibles sur les dépenses annuelles	9200

Ce qui porte le budget de prévision des dépenses à 43.200 francs, pour l'année 1885-86.

Le budget de prévision des recettes n'étant au maximum que de 29.150 fr., le Comité constate un déficit de 14.000 francs.

En présence de cette situation le Comité d'Administration est d'avis :

« Que l'exploitation du journal le « *Concours médical* » ne produisant plus de bénéfices, en vertu de l'article 15 des statuts, un inventaire sera dressé fin courant. (Cet inventaire a été publié avant l'assemblée du 1er août 1885.)

Les résultats de cet inventaire seront communiqués à une Assemblée générale des Comités qui se tiendra le 8 juin prochain, pour prendre les mesures qui découlent de cette situation. »

Séance du Conseil des Comités du 8 *juin* 1885.

Présents : MM. Cézilly, Camboulives, Destrem, Barette, Baudry, Maurat.

Empêchés : MM. Mignen, Ribard.

« Après exposition des faits, les membres présents, à l'unanimité, sont d'avis qu'il est indispensable d'apporter des modifications aux statuts de la Société du Concours Médical et que l'exploitation du journal proprement dit, doit être séparée de la Société civile dont les statuts seront à modifier.

Ils sont d'avis que le meilleur emploi de la somme disponible est de l'affecter à constituer des revenus indépendants à la Société civile.

Des propositions dans ce sens seront soumises à l'assemblée générale annuelle. »

« Après vous avoir lu le registre des délibérations, je tiens à rappeler que bien souvent, de 1880 à 1885 le journal a publié l'avis que les registres des délibérations des comités étaient toujours à la disposition de tous les membres du Concours qui pouvaient les consulter à leur gré.

En conséquence, je résume : nous nous trouvions en présence d'une diminution certaine de recettes de 38.380 ; de recettes douteuses de 22.250. Nous pouvions, sur le budget des dépenses, de 52,000, rogner 9.200.

Notre budget, réduit à 43.200, se trouvait par conséquent en déficit de 14,000 francs.

Il est vrai que nous avions des réserves, s'élevant à 15.048.17 et le bénéfice de l'exercice 1885 s'élevait à 10.599

ce qui faisait un total disponible de 25.647

Les comités, d'autre part, faisaient à ce moment établir par le comptable, le bilan de la Société et celui du journal le *Concours médical*, tel qu'il a été publié dans le rapport du Conseil d'administration (N° 31, 1885).

L'avoir du journal s'élevait à 12.239

En vue de la séparation de la Société et du journal, le Directeur du Concours proposait, aux comités, de reprendre, à l'avoir du journal, une somme de 4.452.11, qu'il abandonnait pour compléter à 30,000 fr. l'avoir de la Société.

Nous nous trouvions, en conséquence, en présence de ces deux déterminations :

1° Continuer, comme par le passé et couvrir les 14.000 fr. de déficit avec nos réserves, refaire des traités si possible, et courir le risque de compromettre et la Société et le journal.

2° En vertu de l'article 15 des statuts, séparer le journal de la Société, qui aurait désormais sa vie propre, indépendante du journal qui resterait, sous l'active et énergique direction du Dr Cézilly, au service de la Société civile.

Nous répondions, d'ailleurs, à un vœu, souvent formulé et nous n'avions pas un instant d'hésitation ; c'est à l'unanimité que la séparation fut décidée. Et l'Assemblée de 1885 confirma, également à l'unanimité, nos décisions. Nous avons donc pris les intérêts de tous et nous avons sauvegardé la Société du Concours médical qui depuis seize années a fait ses preuves et dont le capital s'accroît tous les jours. (*Applaudissements.*)

M. *Cézilly* : Messieurs, je vais céder, puisque je suis en cause, le fauteuil de la présidence à M. *Gibert*, membre du *Conseil de Direction* du Concours et président d'honneur de l'Union des syndicats. (*Adhésion générale.*)

M. *Gibert*, Président :

La parole est maintenant à M. Barnay.

M. *Barnay* débute en disant qu'il est l'organe d'un certain nombre de *membres du Concours* qui lui ont donné leur adhésion.

M. *Gibert* : Nommez-les ?

M. *Barnay* : Je n'y suis pas autorisé.

M. *Gibert* : On ne peut parler au nom de quelqu'un qu'on ne peut nommer. (*Approbation.*)

M. *Barnay* donne lecture d'un très long travail, qui n'est que la reproduction, amplifiée, des deux lettres qu'il a publiées dans le *Monde médical* (Nos du 15 octobre et du 15 novembre), à l'adresse des membres du *Concours médical*, qu'il invitait à se joindre à lui, pour protester contre les décisions des Assemblées générales de 1885 et de 1886.

Cette lecture lui vaut plusieurs rappels à l'ordre et des observations très vives de la part du Président, M. Gibert. (Nous ne pouvons reproduire la lecture Barnay, envoyée d'ailleurs à tous les médecins).

En résumé, M. Barnay propose, jusqu'à la réunion d'une assemblée spéciale convoquée pour régler cette situation : 1° le retour pur et simple au *statu quo ante* ; 2° la nomination d'une commission chargée d'étudier l'affaire et de la soumettre à un jurisconsulte ; chargée aussi d'étudier quelle somme devra être versée à la Société à titre de transaction pour l'indemniser des bénéfices dont elle a été illégalement privée depuis sept ans ; enfin, chargée d'étudier un *modus vivendi* pour l'avenir sauvegardant d'une façon équitable tous les intérêts en jeu, et soumettre à cette assemblée extraordinaire le résultat de ses travaux et les propositions pour l'avenir.

Comme conséquence, il demande aussi que tous les membres du Concours aient droit de voter par correspondance ou délégation ; il n'est pas possible d'établir un privilège en faveur des membres de la Société habitant Paris et les environs, ou assez fortunés et assez libres pour se rendre aux réunions. Ce privilège lèse les droits légitimes du plus grand nombre qui ne peut assister à ces réunions et, par conséquent, y exprimer ou faire prévaloir son avis.

Comme conséquence, également, il demande la suppression des frais de banquet, supportés par l'ensemble de la Société, alors qu'un petit nombre de favorisés en profitent seuls.

Enfin, comme satisfaction immédiate à l'une des premières conditions de la fondation de la Société, il demande que dès à présent la réception gratuite du journal par tous les membres du Concours redevienne un droit. Ceux, infiniment peu nombreux, qui croient avoir des raisons pour ne pas accepter cette gratuité, restant toujours libres de verser au fonds social le prix de l'abonnement et se mettant ainsi d'accord avec leurs susceptibilités personnelles, en même temps qu'ils contribueront à la prospérité de la Société.

M. Gibert dit à un moment : Si j'en croyais mon sentiment, je demanderais à l'Assemblée qu'on ne répondît pas à M. Barnay.

M. *Lande* : Je demande la parole.

M. le Dr *Jacquot* (de Saint-André, Eure). Nouveau venu parmi vous, je ne connais pas le Dr *Barnay*, mais, au nom de la prospérité de la Société et de son bon renom, je demande qu'on réponde aux articulations du confrère.

M. *Lassalle*. Je n'ai qu'un mot à dire. Pour ma part, je ne connais pas, moi non plus, M. Barnay ; mais j'estime qu'il est un de ces *Français d'Athènes qui sont las d'entendre depuis quatorze années, faire l'éloge du docteur Cézilly*. La lecture qu'il a faite m'a été très pénible. Je demande à ne retenir qu'une chose de cette lecture : que vous devez voter, avec moi, des félicitations aux membres des Comités de 1885 et à M. le Dr Cézilly. (*Applaudissements prolongés.*)

M. *Gibert* : La parole est à M. Lande.

M. *Lande* : Je ne pensais pas prendre la parole ; mais j'ai été surpris (je ne veux pas employer une épithète plus sévère) de la diatribe que nous venons d'entendre. Je trouve bien extraordinaire que les réflexions de M. Barnay aient exigé sept années de méditation.

Je suis intervenu le jour de cette assemblée générale de 1885, quand les Comités que nous avions nommés, parmi nos plus honorables confrères, sont venus nous dire : « *dans l'intérêt de tous, il faut séparer la Société du journal* », car je ne pouvais oublier que c'est grâce au Concours médical et à son puissant appui que j'avais pu réunir en 1883 et 1884 un grand nombre de confrères, venus de tous les coins de la France et mener à bien une des œuvres dont nous nous honorons : la *Caisse des pensions de retraite du Corps médical français*. (*Applaudissements.*)

Combien, parmi nous, pour d'autres œuvres professionnelles, pourraient en dire autant !

Permettez-moi donc de reprendre les origines de la création du Concours médical.

M. Cézilly s'était dit, en 1879, qu'il y aurait grand intérêt à étudier et à résoudre de nombreuses questions professionnelles, qui ne pouvaient être menées à bien par l'*Association générale*, société de secours mutuels. Il créa, exclusivement, avec ses ressources pécuniaires et avec l'appui moral de confrères qui partageaient ses idées, le journal le *Concours médical* en juillet 1879. Plus le groupe qu'il rêvait, serait nombreux, plus il aurait d'autorité. Il appelait à lui tous ses confrères et leur disait : Vous serez, avec moi, les propriétaires de mon journal ; tant qu'il y aura des bénéfices, vous en aurez 90 %. S'il y a des pertes, je les paierai et nous nous séparerons. Les bénéfices ne seront pas distribués individuellement ; ils appartiendront à la Société du Concours médical, que nous créons, pour la mise en œuvre des entreprises professionnelles que nous méditons.

De nombreux traités de publicité, rémunérateurs, assuraient un avenir de quatre à cinq années.

Cela marcha à souhait jusqu'en 1885 et, de l'aveu de tous, on accomplit dans cette période beaucoup d'excellentes choses : on était arrivé à dépasser le chiffre de trois mille membres du Concours.

Mais les honorables maisons qui avaient signé les contrats de publicité, à l'expiration de ceux-ci, n'a-

vaient peut-être pas réalisé tous les bénéfices qu'elles en espéraient et elles les dénonçaient et ne voulaient pas les renouveler.

Alors les Comités chargés, par nous, de veiller à la bonne gestion des intérêts communs, sont venus nous dire : Nous allons nous trouver, même si nous réalisons sur nos dépenses, les économies les plus complètes, en face d'un déficit possible de 14.000 fr. Nous pouvons consacrer nos réserves à le combler et refaire des traités de publicité sur d'autres bases. Tout cela est aléatoire.

Nos statuts prévoient la situation actuelle. Les comités estiment que la somme de 30.000 fr., montant de nos réserves, suffira largement à assurer la durée de notre Société ; séparons le journal de la Société, M. Cézilly le reprend, à ses risques et périls, tout en nous continuant son appui.

Et aujourd'hui, sept ans après 1885, M. Barnay vient dire à M. Cézilly : l'Assemblée n'avait pas le droit de prononcer cette séparation. Vous ne nous avez pas donné les larges dividendes promis ; il nous faut une indemnité et remettre les choses en l'état de 1885 ! (*Rires.*)

Depuis 1885 le journal est redevenu, comme avant 1880, la propriété de M. Cézilly ; nous n'avons rien à y voir. Savez-vous si dans cette période il n'a pas fait de pertes.

M. *Cézilly* : Non, je n'ai pas perdu d'argent ; au contraire, j'en ai gagné.

M. *Lande* : Tant mieux, mon cher Directeur, tous nous en sommes heureux, et vous ne pouvez en gagner en proportion de la tâche que vous vous êtes imposée. (*Applaudissements.*)

En résumé : grâce à M. Cézilly, nous avons mené à bien une foule d'œuvres d'intérêt général ; de 1880 à 1885, chaque année, l'Assemblée a pu dépenser, pour le bien de tous, des sommes qui se sont élevées à plus de quarante mille francs et, au moment de la séparation, on nous a remis une petite fortune de 30.000 fr. qui, aujourd'hui, nous l'a dit M. Maurat, dépasse quarante-six mille francs, immobilisés en bons titres. Nous avons, par des dons et par d'autres ressources, que nous vaut le journal, ajoutés à nos revenus, deux mille deux cents francs à dépenser cette année.

La séparation du journal d'avec la Société est excellente et répond à quelques susceptibilités qui se sont produites en diverses occasions.

Le journal est au moins aussi intéressant que par le passé, au double point de vue scientifique et professionnel ; il répand, jusque dans les plus petits hameaux, la bonne parole de concorde et grâce à ses exhortations, combien de médecins ont déjà recueilli, en renonçant à se faire une concurrence au rabais avilissante, les larges dividendes que réclame M. Barnay.

Je suppose que M. Barnay est dans la même situation que moi : M. Cézilly ne m'a jamais demandé une contribution pécuniaire quelconque à son œuvre. Dès lors comment pourrais-je lui réclamer quoi que ce soit.

M. *Barnay* : Je n'avais jamais entendu les explications détaillées qui ont été fournies par la lecture des procès-verbaux des délibérations des Comités.

M. *Lande* : Vous pouviez en prendre connaissance (1) et, au lieu de publier vos articles, aller vous informer auprès du Conseil de Direction, qui vous y avait invité et vous les aurait fournis.

A tous ces titres et à bien d'autres, nous devons des remerciements à M. Cézilly, pour les services qu'il a rendus à la Société. Je crois, qu'avec moi, comme vous le demandait M. Lassalle, vous lui voterez des félicitations et qu'il n'aura pas à regretter que M. Barnay nous ait fourni l'occasion de cette nouvelle manifestation de notre gratitude. (*Applaudissements répétés.*)

M. le Président *Gibert* : La parole est à M. le Dr Gassot :

M. *Gassot* : Je n'étais pas membre des *Comités*, alors que la séparation du journal et de la Société s'est opérée ; mais j'ai été un des premiers adhérents du Concours et j'ai fait partie des premiers Comités.

Quand M. Cézilly a adressé aux médecins ses premières circulaires, il ne pouvait savoir, au juste, les moyens qui lui permettraient de mettre ses idées professionnelles à exécution. Aussi 18 mois après la création du journal, une assemblée générale préparatoire fut-elle convoquée pour poser les bases de la Société du Concours, unie au journal.

C'est alors que des explications très amples ont été données ; elles n'ont soulevé les protestations de personne, lorsqu'on prévoyait, par l'article 15, l'éventualité de la séparation. Tout le monde était d'accord, d'autre part, pour exclure toute idée de bénéfice individuel. Personne n'a réclamé le vote par correspondance, absolument impraticable, pour les questions si diverses qui sont soumises à nos assemblées.

Un comité d'organisation provisoire fut nommé et, puisque j'en faisais partie, je puis bien dire que jamais aucune protestation ne nous est parvenue au sujet des décisions prises par l'Assemblée préparatoire.

Quand les statuts définitifs furent votés en 1881, aucune note discordante ne se produisit et c'est également à l'unanimité que furent prises les diverses décisions.

Il m'est donc impossible de laisser dire que, lors de l'organisation de la Société civile du Concours médical, la bonne foi des adhérents ait pu être surprise et leurs justes revendications écartées.

La vérité est qu'il n'y a jamais eu de protestation de personne : Ayant activement collaboré à l'organisation primitive, je tenais à bien l'établir. (*Applaudissements.*)

M. *le Président* : Pour clore cette discussion, deux ordres du jour me sont remis.

Le premier, signé par M. le Dr Toussaint (d'Argenteuil), est ainsi conçu :

« *L'Assemblée, regrettant l'incident Barnay et voyant qu'il y a malentendu, passe à l'ordre du jour.* »

De toutes parts : *Non, non.*

Le Bureau, de son côté, déclare qu'il repousse l'ordre du jour du Dr Toussaint. (*Assentiment général.*)

M. *le Président* : Messieurs, je donne lecture du 2me ordre du jour, signé de MM. les Drs Rigaud (de Pons, Charente-Inférieure), et Grissac (d'Argenteuil).

« *L'Assemblée générale, considérant que les décisions de l'Assemblée de* 1885 *ont été prises en conformité des statuts en vigueur à cette époque ; considérant, en outre, que la séparation du journal d'avec la Société civile, prévue par les statuts et justifiée par l'exposé des comptes de* 1885, *a servi les intérêts qu'elle entendait sauvegarder, passe à l'ordre du jour et déclare qu'elle est reconnaissante, au docteur Cézilly, des services, sans cesse renouvelés, qu'il a rendus aux membres du Concours médical et à la profession médicale, depuis la fondation de la Société jusqu'à ce jour.* » (Applaudissements.)

M. le Dr *Toussaint* déclare se rallier à cette rédaction.

M. *Gibert* met aux voix l'ordre du jour. Toutes les mains se lèvent, à l'épreuve, et aucune à la contre-épreuve. (*Applaudissements répétés.*)

L'ordre du jour de MM. Rigaud et Grissac est adopté à l'unanimité.

Le directeur du Concours, après avoir remercié M. le Dr Gibert et l'Assemblée, reprend la présidence de la réunion :

(1) Le journal, de 1880 à 1885, a maintes reprises, a informé que les registres des délibérations des Comités étaient toujours à la disposition des membres du Concours qui pourraient désirer en prendre connaissance.

Messieurs, dit-il, vous m'avez, en effet, prouvé que je ne devais conserver aucun sentiment d'amertume contre M. le Dr Barnay ; que je pourrais, au contraire, le remercier du développement donné, selon le désir que je vous avais exprimé, à cet incident. Mais malheureusement il nous a fait perdre un temps bien précieux. La séance du Concours devait finir à 6 heures. Il en est sept et elle est à peine commencée. Il est temps de continuer notre besogne ; nous l'abrégerons, autant que nous pourrons ; le compte-rendu rétablira les détails que nous serons forcés d'omettre. (*Assentiment général.*)

Reprenons donc notre ordre du jour :

Caisse des pensions de retraite des médecins Français.

M. *Cézilly* : Les membres du Concours médical, réunis en Assemblée générale, le 19 août 1883, confiaient à une commission (à laquelle étaient invités à se joindre, le 2 décembre, tous les médecins qui s'étaient occupés de la question) l'étude de la création d'une *Caisse de pensions de retraite*. Cette caisse était définitivement fondée le dimanche 19 octobre 1884.

Depuis cette époque, nous avons publié, chaque année, les comptes rendus de ses opérations ; fait en sa faveur la plus active propagande et énoncé toutes les critiques et les réponses des membres du Comité directeur. Ces critiques se sont reproduites cet été, et notre ami à tous, M. le Dr *Lande*, vice-président du Comité Directeur, a bien voulu profiter de notre Assemblée générale pour les réfuter, une fois encore, avant l'époque de la distribution des premières pensions, en 1894.

Je lui donne la parole.

M. *Lande* : J'ai reçu, depuis un an, de nombreuses observations, de la part de plusieurs confrères, au sujet de la Caisse des pensions. J'ai répondu à la plupart : je vais résumer devant vous la réfutation des observations que l'honorable directeur de la *Gazette hebdomadaire*, M. le Dr Lereboullet, a condensées dans l'article suivant :

« Rien n'est plus pénible que de combattre, lorsqu'il s'agit de questions professionnelles, l'opinion de confrères dont on estime le caractère, dont on admire le dévouement. Rien ne me paraît plus malséant que de leur accorder de banales louanges au lieu de leur soumettre de sérieuses objections. Aussi ne puis-je signaler aujourd'hui sans les commenter, les conclusions du dernier *Compte rendu de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français*. S'il suffisait d'indiquer quelques chiffres pour recommander à l'attention des médecins une œuvre de prévoyance, je n'hésiterais pas à envoyer mon adhésion à ses promoteurs. Mais il s'agit d'une question de principe au sujet de laquelle j'ai déjà rompu bien des lances depuis que j'appartiens à l'Association générale. Et cette question qui se résume en un mot : *Le droit à l'assurance*, mérite d'être une fois de plus sérieusement examinée.

Lorsque, comme nous tenons à le faire pour nos pensions de retraite et même pour la création de caisses d'indemnité en cas de maladie, il reste bien entendu que les pensions, indemnités ou secours, ne seront accordées qu'au fur et à mesure des ressources disponibles et seulement après examen des demandes formées par nos sociétés locales, la question d'administration est des plus simples. Pour les pensions, on verse à la caisse des retraites une somme déterminée qui assure à celui qui en devient titulaire une annuité fixe et insaisissable. Pour les indemnités en cas de maladie, d'infirmité ou de détresse accidentelle, on puise dans une caisse dont les ressources sont bien connues. On n'accorde les secours que lorsqu'on possède les fonds qui permettent de les attribuer.

Lorsqu'au contraire, dans les statuts d'une société, la question *de droit* prime la question *d'indemnité*, un *contrat* se trouve établi entre l'association et ses membres. Ceux-ci ayant versé une cotisation déterminée ont *le droit* d'exiger une pension dont le chiffre est fixé à l'avance. Il en résulte que des calculs minutieux doivent être établis pour assurer, pendant toute la durée de l'existence de la Société, la disponibilité des fonds nécessaires à la délivrance des pensions. Si ces calculs sont inexacts ou si, pour un motif quelconque (placements improductifs, diminution du taux de la rente, vols ou abus de confiance de la part de certains employés, etc., etc.), la fortune de l'Association vient à péricliter, ses fondateurs ou administrateurs seront responsables vis-à-vis de leurs mandataires des fautes commises et la ruine de l'Association aura pour conséquence une défaveur, souvent imméritée, de ceux qui s'y seront dévoués avec un désintéressement digne de respect.

Or, j'estime que si des administrateurs éminents, des financiers expérimentés n'échappent pas toujours à ces responsabilités pénales et morales, il n'est point admissible que des médecins, quels que soient leur intelligence et leur dévouement, ne puissent se tromper, eux aussi, lorsqu'il s'agit de l'administration et de la gestion d'une société financière. Et n'est-ce point sous ce nom qu'il importe de désigner une œuvre qui accorde une pension de retraite à tous ceux qui versent un capital fixé par des tarifs immuables pendant un nombre d'années déterminé ? Telle est l'organisation de la Caisse des pensions du corps médical français. Voyons son fonctionnement.

Les tarifs d'une caisse de retraite ont pour base : 1° une table de mortalité des rentiers ; 2° le taux d'intérêt des placements effectués. La table de mortalité des médecins appartenant à la Caisse dont il s'agit n'a pas été indiquée. Elle ne peut être établie avec certitude. Si l'on s'en rapporte, en effet, aux remarquables travaux statistiques de M. J. Bertillon, on voit qu'à Paris et dans la plupart des grandes villes la mortalité des médecins est relativement faible, c'est-à-dire qu'ils meurent à un âge relativement plus avancé que les rentiers qui sont servis par la Caisse des retraites pour la vieillesse. Or celle-ci, qui travaille sans frais ni bénéfices et qui, comme la Caisse du corps médical français, a établi ses tarifs sur le taux de 4 0/0, est obligée chaque année, les débats parlementaires en font foi, de recourir au budget de l'Etat pour couvrir l'excès de ses dépenses.

N'est-il point évident, dès lors, que la Caisse des pensions de retraite du Corps médical français ne pourra vivre en continuant à admettre pour base de ses tarifs le placement de ses capitaux à 4 % ? Les Compagnies d'assurances qui peuvent placer leurs fonds en immeubles ou en prêts hypothécaires, n'arrivent plus, aujourd'hui, à obtenir ce taux de 4 % : Elles sont en instance devant le Conseil d'Etat pour obtenir l'approbation de tarifs nouveaux calculés à 3 1/2 %. Or ces Compagnies demandent aujourd'hui des primes infiniment plus élevées que nos confrères. Pour constituer une rente viagère différée de 1,200 francs à l'âge de 25 ans au moyen de cotisations annuelles payables pendant 35 ans, avec entrée en jouissance à l'âge de 60 ans, elles réclament 128 fr. 40, alors que la Caisse du Corps médical français ne demande que 100 francs. La Caisse des retraites, qui n'a ni frais d'administration, ni bénéfices, et qui est chaque année en déficit, demande 116 fr. 88.

Constituée à l'âge de 40 ans, toujours avec entrée en jouissance à 60 ans, cette rente de 1,200 francs coûterait, à la caisse des Compagnies d'assurances, une prime de 358 fr. 20 ; à la Caisse des retraites, une cotisation de 315 fr. 68 et à la Caisse du Corps médical, une cotisation de 247 francs. Les frais d'adminis-

tration et le dividende à distribuer aux actionnaires, ne peuvent expliquer ces écarts si considérables, puisque la caisse des retraites n'a pas à les supporter. Il faut donc admettre de deux choses l'une : ou bien l'on compte sur une mortalité exagérée de la part des médecins ou bien l'on suppose qu'un grand nombre de ceux qui auront souscrit, refuseront à l'âge de 60 ans, la pension qui leur sera offerte. Mais alors où sera *le droit* ? si, au bout de quelques années — dans 20 ans, la Caisse aura à servir 120 à 130 pensions de 1,200 francs, c'est-à-dire le revenu d'un capital de plus de quatre millions — on est forcé de demander à tous les sociétaires *qui n'en auront pas besoin* d'abandonner leur pension à ceux qui semblent plus nécessiteux, on en reviendra indirectement au principe que défend l'Association générale. Si l'on n'accepte pas cette solution, nous ne voyons pas, vraiment, par quel procédé de trésorerie on parviendra à servir à l'âge de 60 ans une pension de 1,200 francs à tous les médecins qui de 40 à 60 ans auront versé un capital de 7,365 francs. Il est d'ailleurs assez illogique de demander un capital uniforme à tous les adhérents. Les décès prématurés apportent aux sociétaires survivants un bénéfice qui doit être réparti au prorata des primes versées annuellement et capitalisées avec intérêts au profit des souscripteurs. Plus ceux-ci auront versé de primes annuelles, plus il devront profiter de ce bénéfice.

Si sûrs qu'ils soient de leurs tarifs et de leur administration, nous ne cesserons donc de prémunir nos confrères contre les risques auxquels ils s'exposent. Pourquoi ne consentiraient-ils pas à consulter, avant le moment où ils devront délivrer leurs premières pensions, l'Institut des actuaires de Paris, ou celui de Londres, qui leur donneront, nous en avons l'assurance, des renseignements précieux ? S'ils se trouvent ainsi amenés à augmenter leurs tarifs, nul ne s'en plaindra, car il sera démontré, par là même, que tout aura été fait en vue d'assurer la vitalité de l'œuvre qu'ils s'efforcent de fonder. Dès aujourd'hui nous ne saurions trop sérieusement appeler leur attention sur les trois points suivants : 1° Leur table de mortalité n'existe pas. 2° Le taux d'intérêt qu'ils annoncent est trop élevé. 3° Le calcul relatif aux cotisations à verser, suivant l'âge, nous paraît défectueux. Mais nous tenons à affirmer aussi que ces réserves n'ont d'autre objet que de chercher, pour les médecins honnêtes et dévoués qui poursuivent la réalisation d'une œuvre utile, les meilleurs moyens d'aboutir à un résultat vraiment efficace.»

L. Lereboullet.

M. *Lande*, vu l'heure avancée, réfute brièvement les objections de M. Lereboullet. Nous substituons, à ce qu'il dit, la communication suivante qu'il a faite jeudi 30 novembre au *Comité Directeur* en séance statutaire.

Réponse aux critiques contre la caisse formulées par plusieurs confrères.

Messieurs,

A notre dernière réunion, vous me chargiez de démontrer, par des chiffres, l'exactitude des prévisions formulées, dès la fondation de notre œuvre et je crois vous avoir prouvé que nous étions en mesure de remplir toutes nos promesses pendant une période de temps assez longue pour assurer le fonctionnement de notre caisse, tel que nous l'avons indiqué dans nos statuts. Aujourd'hui encore, empiétant sur les travaux de mon excellent ami *Delefosse*, notre Secrétaire général, je viens vous dire quelques mots au sujet de certaines objections qui nous ont été présentées depuis notre Assemblée générale.

Nous ne devons pas nous plaindre de ces critiques ; il vaut mieux être discutés que délaissés et bien qu'ayant déjà bien des fois répondu à des observations absolument similaires, nous ne devons pas laisser passer sans les rétorquer les arguments dirigés contre nous par notre confrère, le Dr Lereboullet, dans son article de la *Gazette Hebdomadaire*, en date du 4 juin 1892.

Aussi bien la personnalité de M. Lereboullet n'est pas seule en jeu et, bien qu'il s'en défende, nous savons qu'à l'heure actuelle il est le porte parole sinon officiel, — Amédée Latour n'est plus là — mais du moins officieux, du Bureau de l'Association générale des médecins de France. Nous nous rappelons son intervention dans toutes les questions professionnelles qui passionnent, à l'heure actuelle, la masse du corps médical, en particulier dans l'étude toujours pendante de l'*assurance-maladie*.

Défenseur obstiné des idées de bienfaisance et de charité confraternelle qui ont présidé à la création de l'Association générale, M. Lereboullet prête l'appui de son grand talent d'écrivain aux représentants vénérables des fondateurs de cette Association, contre tous ceux qui, comme nous, estiment qu'on peut faire œuvre meilleure, plus grande et plus digne en faisant prévaloir les idées de prévoyance et de mutualité.

C'est toujours cette même opposition de la charité et de la prévoyance, du secours et de l'assurance, de la sollicitation et du droit. Pour nous, nous avons toujours déclaré que la formule nouvelle, que nous soutenons, ne devait jamais faire oublier les malheureux, et nous leur avons attribué une fort belle part dans la distribution de nos fonds de la caisse des retraites ; mais nous ne faiblirons pas dans la lutte, tant que nous n'aurons pas vu s'accomplir cette évolution, conséquence inévitable et prochaine — quoi qu'on en dise — de notre progrès social.

Notre honorable contradicteur a tellement peur de cette formule : *le droit à l'assurance*, qu'il nous fait entrevoir les causes diverses qui peuvent faire péricliter la fortune de notre caisse, engager notre responsabilité et amener, avec la ruine de notre œuvre, le discrédit de ses fondateurs. Ne pourrait-on en dire autant de toutes les Sociétés similaires, et les organisations les plus complètes et les contrôles les plus sérieux suffisent-ils pour préserver de semblables désastres les administrations les plus puissantes ! Mais il suffit de lire nos statuts avec un peu d'attention, pour être complètement rassuré sur la solidité de notre fortune et pour voir notre avenir sous des couleurs plus riantes que celles de la faillite et du déshonneur. Nous ne faisons ni spéculations, ni placements aventureux : nos fonds sont, à peine recueillis, convertis en titres nominatifs de valeurs de tout repos qui ne peuvent être aliénés qu'avec le concours de trois d'entre nous. Donc pas d'aléa, pas de vol, pas d'abus de confiance possibles et chacun de nos adhérents peut, à notre réunion statutaire de Pâques, voir et toucher notre capital, confié aux soins du Trésorier intègre et dévoué par excellence, notre ami *Verdalle*.

Mais ceci n'est encore pour ainsi dire qu'une question de sentiment ; passons aux questions de chiffres. M. Lereboullet nous dit : Vous n'avez pas de table de mortalité des médecins et, d'après les remarquables travaux de M. J. Bertillon, on voit qu'à Paris et dans la plupart des grandes villes, la mortalité des médecins est relativement faible. Je regrette de n'avoir pas conservé toutes les lettres dans lesquelles des confrères nous objectaient que l'âge fixé pour la retraite était beaucoup trop avancé, le plus grand nombre des médecins ne pouvant pas espérer dépasser beaucoup la soixantaine, la plupart n'y arrivant même pas ; la collection eût sans doute convaincu notre contradicteur que, si à Paris et dans quelques grandes villes, on voit un certain nombre de médecins fortunés, jouir de l'agréable repos d'une longue vieillesse il n'en est plus de même pour la masse du corps médical, pour le médecin de petite ville, pour le médecin de campagne surtout, rivé à son travail quotidien, comme à une chaîne, depuis le jour où il a obtenu son diplôme, jusqu'au jour où, succombant à la peine, il descend au tombeau. Et c'est à ceux-ci surtout que nous nous adressons et que nous disons : soyez prévoyants ; avec une petite obole épargnée

chaque jour, acquérez le droit à une retraite, assurez le pain de vos dernières années, que votre vieillesse soit du moins à l'abri de tout souci matériel, ne l'exposez plus à cette suprême humiliation d'être obligée de tendre une main qui, pendant toute une vie, a largement fait la charité.

Non, les médecins n'ont pas une mortalité au-dessous de la moyenne, c'est bien le contraire qui est la vérité et si, plus tard, nous pouvons, grâce aux progrès de notre œuvre, faire quelque faveur à nos adhérents, ce sera certainement vers l'abaissement de l'âge de la retraite que devront tendre nos efforts.

Parler ainsi, c'est, semble-t-il, ne pas se préoccuper beaucoup des autres arguments qui nous sont présentés. Voyons cependant ce qu'ils valent. Comment pourrez-vous fonctionner, nous dit-on, avec des tarifs si inférieurs à ceux des Compagnies d'assurances qui, à 25 ans, demandent 128 fr. 40 et à 40 ans 358 fr. 20, tandis que vous n'en demandez que 100 et 247 fr. ?

La réponse est bien facile : Les Compagnies ont un capital actions auquel elles servent un intérêt élevé ; elles ont en outre un personnel nombreux qui touche des appointements fixes, souvent considérables ; enfin, elles abandonnent aux agents qui amènent les affaires, 40, 50, 80 et jusqu'à 100 % de la première prime, c'est-à-dire de la prime versée la première année. Il faut bien subvenir à toutes ces dépenses et la conséquence inévitable est une majoration proportionnelle de la cotisation.

Nous, nous n'avons pas de capitaux étrangers, nous sommes nos propres actionnaires et nos agents, et nous nous administrons sans frais.

Et la Caisse des retraites pour la vieillesse de l'Etat nous dit-on alors, elle aussi, n'a pas de dividendes à distribuer, pas de bénéfices à réaliser, pas de frais d'administration à couvrir et cependant elle est chaque année en déficit, et elle demande 116 fr. 88 et 315 fr. 68 dans les cas cités plus haut où vous en demandez 100 et 247fr. !

L'argument paraît redoutable, mais il perd toute valeur quand on connaît bien le fonctionnement de la Caisse de l'Etat. En effet, la Caisse des retraites pour la vieillesse ne se contente pas, comme nous, de servir des retraites, à partir de 60 ans, à des souscripteurs qui, pendant un certain nombre d'années ont versé, à capital aliéné, c'est-à-dire à fonds perdus, une prime déterminée ; elle sert aussi des rentes viagères à capital réservé et même des rentes viagères immédiates, c'est-à-dire constituées dès le lendemain du versement, en une seule fois, du capital afférent à cette rente ; enfin, elle sert ces diverses variétés de rentes à partir de 50 ans. Dans toutes ces opérations, l'Etat sert aux déposants un intérêt de beaucoup supérieur à celui qu'il touche et de l'avis de tous les hommes compétents, elles lui imposent fatalement, nécessairement, mathématiquement, des pertes considérables. Il suffit de les énumérer pour comprendre qu'il n'y a aucun rapprochement à faire entre notre Caisse et la Caisse de l'Etat, aucune conclusion à déduire des pertes de celle-ci, contre le succès de celle-là.

Une objection, plus sérieuse, est tirée de la valeur actuelle du loyer de l'argent. Au moment de notre fondation, on nous a reproché bien des fois de n'accorder à nos adhérents qu'une capitalisation à 4 %. Il n'était pas difficile alors d'obtenir cet intérêt et nos contradicteurs s'évertuaient à nous citer des placements sûrs, permettant de toucher un revenu de 4 1/2, 5 % et même plus. Nous ne nous sommes pas laissé tenter : nous avons répondu qu'il nous paraissait plus sage de prévoir une diminution de produit des valeurs de tout repos, qui devaient statutairement composer notre portefeuille et nous avons établi tous nos calculs sur un revenu de 4 %. La capitalisation de l'argent ayant beaucoup baissé depuis quelques années, nos valeurs ne nous rapportent pas tout à fait cet intérêt, mais il convient d'ajouter que celles de ces valeurs qui ont été achetées avant la hausse, ont progressé dans des conditions telles que cette plus value compense, pour un grand nombre d'années, la diminution des revenus annuels.

Cette période écoulée, si le loyer de l'argent a encore diminué, nous ou nos successeurs dans l'Administration de la Caisse des retraites, auront à examiner la situation et à prendre telle résolution qu'elle leur paraîtra comporter, au mieux des intérêts des adhérents. On ne pas abaisser l'âge de la retraite comme je l'indiquais plus haut, ou majorer un peu la cotisation annuelle des nouveaux adhérents, ce qui serait tout naturel, la valeur de l'argent ayant baissé ; ou bien encore exiger un droit d'entrée, dont l'établissement me paraîtrait absolument juste, au moment de l'admission dans une œuvre qui aurait alors fait ses preuves, et serait en mesure, par ses réserves et sa Caisse auxiliaire, de fournir, à ses participants, en dehors de la retraite statutaire, une assistance effective et puissante dans toutes les circonstances difficiles de leur vie professionnelle.

Enfin, suprême objection, qui nous a été faite bien des fois — *le calcul relatif aux cotisations à verser, suivant l'âge, paraît défectueux* — tous ceux qui me l'ont présentée ont omis de me demander sur quelle base étaient établis ces calculs et il me paraît fort difficile de démontrer à quelqu'un qu'il s'est trompé dans un calcul, quand on ne sait pas soi-même quelles sont les données mathématiques qui lui ont servi de point de départ.

M. Lereboullet oublie qu'il a dit, comme pour souligner lui-même le peu de fondement de cette objection : *il est assez illogique de demander un capital uniforme à tous les adhérents !*

Il est facile de répondre : nous ne demandons pas à tous les adhérents un capital uniforme, puisque ceux qui participent à l'œuvre à partir de 25 ans verseront 35 primes de 100 fr. soit au total $100 \times 35 = 3500$ fr., tandis que ceux qui n'adhèrent aux statuts qu'à 50 ans payent 10 primes de 614 francs, soit au total $614 \times 10 = 6140$ francs. Ce que nous demandons à tous nos adhérents, c'est de constituer, à leur profit, par des versements en nombre variable, mais au nombre de dix, au moins, un capital uniforme de 7.365 francs, et c'est parfaitement juste et logique, puisque nous devons leur donner au même âge de 60 ans, une même retraite de 1200 fr., qu'ils ont chance en principe de toucher pendant le même temps.

A quoi donc s'applique cette appréciation ; « *vos calculs sont faux* » ? Ce ne peut être à nos tableaux de cotisations ; ils ont été vérifiés et revérifiés et nous sommes certains que chaque combinaison correspond très exactement au type fondamental : constitution d'un capital de 7365 fr. donnant droit, à l'âge de 60 ans, à une retraite normale de 1200 francs.

C'est donc ailleurs que nous devons chercher — et chercher nous-mêmes — car nos contradicteurs ne nous disent ni où se trouvent, ni en quoi consistent, nos fautes de calcul. C'est sans doute dans l'estimation des ressources que nous créeront les versements provenant des adhérents disparus, avant l'âge de la retraite, que réside notre erreur. En effet, un capital de 7365 francs ne peut suffire au service d'une rente viagère annuelle de 1200 fr. à un homme âgé de 60 ans qui a une survie moyenne de plus de 14 ans ; un calcul bien simple démontre que ce capital demeurant toujours placé à 4 % sera absorbé dans les sept premières années. La différence doit être fournie par les capitaux aliénés des participants non parvenus à l'âge de la retraite. Or j'ai fait le calcul et il est facile de le refaire, en prenant intégralement les chiffres portés à la table de mortalité de Déparcieux et en calculant, année par année, la valeur de la capitalisation des versements de la totalité des vivants à chaque âge, et j'ai trouvé qu'en prenant la cotisation annuelle de 100 fr. pour l'âge de 25 ans, le total de ces capitalisations donne une somme suffisante pour assurer le payement d'une rente viagère de 1200 francs à tous les survivants à 60 ans.

Ce point connu, il fallait établir l'échelle des primes. Adoptant immédiatement ce principe que je considérais et que je considère encore comme absolument juste et logique, que chaque adhérent voulant obtenir la retraite type de 1200 fr. devait, quel que fût son âge d'entrée, mais toutefois avec la restriction formelle d'une participation minima de dix années, devait, dis-je, verser une cotisation annuelle calculée de telle sorte que la capitalisation donnât, à l'âge d'accession à la retraite, le capital type de 7365 francs.

Et ce calcul fait (tableau A) il ne me restait plus qu'à vérifier si les annuités, ainsi établies, suffisaient pour assurer le payement de la rente statutaire à tous les survivants et pendant toute la durée de leur vie probable. J'ai donc fait de 5 ans en 5 ans les mêmes opérations que pour l'âge de 25 ans et j'ai trouvé que les cotisations annuelles, correspondant au capital total de 7365 francs, suffisent largement à assurer ce service. Elles pourraient même être sensiblement diminuées pour les âges avancés.

Tout ceci dit, il n'est pas nécessaire d'entrer dans le détail des calculs nécessaires pour l'établissement des tableaux B et C; le premier repose sur un simple calcul d'arrérage et le troisième sur un calcul de proportionnalité.

En entrant dans tous les détails qui précèdent j'ai voulu mettre M. Lereboullet en mesure de vérifier les calculs qui servent de base à nos tarifs et aussi répondre à ceux qui m'ont reproché d'avoir fait la part trop belle aux adhérents qui ne viendraient à nous qu'à l'âge de 50 ans. Il y a intérêt, nous dit-on, à ne participer qu'à dater de la cinquantaine; on a alors échappé à un grand nombre de chances de mortalité et par conséquent de perte des primes déjà versées. Mais si cette proposition est vraie, d'un autre côté les adhérents âgés de 50 ans payent une prime qui est en réalité un peu plus élevée que celle qui suffirait à assurer la retraite aux survivants de leur génération et en outre, considération qu'il ne faut pas négliger, ils sont obligés de débourser, dans un temps beaucoup plus court, 10 ans, une somme beaucoup plus élevée : 6.140 francs, c'est-à-dire qu'ils doivent s'imposer un sacrifice pécuniaire plus considérable et avec moins de facilités, puisque le délai est plus limité et qu'ils ne peuvent mettre aucun retard dans le versement de leur cotisation, sans avoir un retard égal dans le service de leur retraite.

Telles sont, messieurs, les considérations que j'ai cru devoir vous présenter en réponse aux confrères qui ont bien voulu nous faire l'honneur d'étudier et de discuter notre œuvre — la controverse nous vaut mieux que le silence. — Elles suffiront, je l'espère, pour rassurer les uns et encourager les autres et prouver à tous que nous ne cherchons que lumière et vérité. Nous n'en sommes pas, en effet, à croire que notre organisation actuelle soit parfaite, que l'avenir ne puisse y apporter d'heureuses et utiles modifications; loin de là, et je terminerai en vous signalant une erreur qui m'a échappé dans une réponse faite à un de nos confrères désireux d'adhérer à la caisse : *Demande VI, Concours medical* 1884, page 202.

Le Dr X. entre à 24 ans, il paye 124 fr. par an, et au bout de 12 ans il interrompt ses versements; s'il arrive à 60 ans, sa retraite devra être calculée ainsi :

Le Dr X. aurait dû verser 31 cotisations et en a versé seulement 12, il n'a donc acquis que $\frac{12}{31}$ de la pension totale soit $\frac{1200 \times 12}{31} = 477$ francs. Cette erreur m'est signalée par le Dr Chachereau de Nantes.

Le calcul aurait dû être établi de la façon suivante : Le Dr X. a versé 124 fr. pendant douze ans, il avait ainsi constitué à son profit au bout de la 12e année un capital de 1863 fr. 20. Le Dr X. cesse ses versements mais ce capital continue à rapporter intérêt à 4 % pendant 19 ans, il devient donc $1863 \times (1{,}04)^{19} = 3925$. Le Dr X. au lieu d'avoir à son actif, au moment de son accession à la retraite un capital de 7365 francs n'a qu'un capital de 3925 fr., sa retraite devra être calculée par la proportionnalité suivante : $\frac{R}{1200} = \frac{3925}{7365}$, d'où $R = 639$.

Je me hâte d'ajouter que cette erreur n'a aucune gravité, étant absolument particulière et ne provenant que d'un oubli, fortuit et personnel, des principes mêmes de notre Société ; je n'en veux pour preuve que la phrase suivante détachée des considérations générales qui font suite à nos statuts, pages 22/23 : « Il appartiendra au Comité directeur de calculer, dans les cas particuliers, le *capital* acquis par chacun au moyen de ses versements successifs et d'établir la retraite proportionnelle à laquelle ce capital lui donnera droit. »

Et maintenant, Messieurs, un dernier argument. Votre nombre s'accroît chaque année lentement; il est vrai, dans la période préparatoire que nous traversons et qui ne prendra fin qu'en 1894 ; nous ne pouvons espérer grossir nos rangs que de recrues dévouées, convaincues, difficiles à raccoler quand il s'agit de médecins sceptiques et imprévoyants, et cependant notre fortune s'élève au 1er décembre 1892 à 390,778 fr. 24, c'est-à-dire que nos prévisions sont largement dépassées et que ce ne sera pas 400,000 fr., mais bien près du demi million que nous aurons en réserve au moment où nous devrons faire face à nos premières obligations.

Conservons donc toute notre confiance, toute notre énergie, en gens convaincus qu'ils font le bien; poursuivons nos efforts pour améliorer notre œuvre qui touche à son complet épanouissement, prêtons en outre notre concours et notre appui à toutes les créations qui ont pour but l'amélioration de la situation du médecin, et donnons à notre corporation cette force invincible qui résulte de l'union des volontés et des cœurs.

La communication abrégée, improvisée par M. Lande et qui résumait, en termes saisissants, le travail ci-dessus, est accueillie par l'Assemblée par des *applaudissements unanimes.*

Indemnité de maladie.

M. *Cézilly* : Je dois, maintenant, chers confrères, vous entretenir, encore une fois, de l'*Œuvre d'indemnité de maladie*, dont je vous ai parlé, pour la première fois, le 1er janvier 1885. A cette époque, rien encore de semblable n'existait en France et c'est en Angleterre que nous trouvions l'exemple à suivre.

On a fait depuis lors des tentatives variées, dues, à Paris, au Dr Gallet-Lagoguey et, en province, à diverses Sociétés. Mais toutes ont eu lieu sur une échelle restreinte et, de notre côté, nous nous sommes attachés avec obstination, pendant six années, à cette idée : « l'œuvre, pour être généralisée, doit comporter des primes accessibles à toutes les situations ; de plus, elle doit se faire avec l'*Association générale*, dont les cadres, organisés dans tous les départements, lui assureront son fonctionnement économique. »

Il a fallu plusieurs années pour convaincre le *Conseil général* et, lorsqu'il s'est rendu aux bonnes raisons exposées, que son Président a déclaré qu'il fallait agir, qu'il fallait constituer d'abord une *indemnité d'assistance*, les obstacles insurmontables sont venus des *Sociétés locales*, qui paraissent s'être, à peu près toutes, prononcées contre ce genre d'indemnité, en réclamant le statu quo, ou l'*indemnité de droit.*

Il est évident que c'est celle-ci qui est préférable.

En conséquence, nous vous proposons, Messieurs, de nous mettre résolument à l'œuvre ; de voter les fonds nécessaires pour cette organisation et de nous indiquer sur quelles bases vous entendez l'établir. (*Adhésion*).

Sans préjuger les décisions du Conseil de direction, j'ai réfléchi, de mon côté, et j'en suis revenu à la première idée qui a été exposée par le *Concours* : Calquer notre indemnité de droit, sur l'œuvre anglaise, très étudiée, très prospère, et l'adapter à nos goûts, à nos mœurs.

Pour y parvenir, j'ai consulté l'actuaire qui a établi les calculs sur lesquels repose l'œuvre anglaise. Il m'a répondu qu'il craignait que la *mortalité* et la *morbidité* de nos voisins, ne fussent pas semblables aux nôtres et conseillé de recourir aux lumières spéciales de notre confrère le Dr *Jacques Bertillon*, chef de la statistique municipale de Paris.

D'une récente conversation avec M. Bertillon, il est résulté cette conclusion : Pour l'établissement des œuvres de mutualité, entre médecins (*caisses de pensions, indemnité de maladie, assurance en cas de décès etc.*) il n'existe malheureusement pas où presque pas de statistique médicale proprement dite.

Pour l'établir, il faudrait : 1° Etudier et dresser la statistique de mortalité des *membres du Concours médical* depuis juillet 1879. 2° Faire le même travail, si possible, pour l'*Association générale*, depuis 1860. 3° En ce qui concerne la morbidité, adresser à tous les médecins de France, et spécialement aux membres du Concours, un questionnaire détaillé, qui permettrait de préciser, jusqu'à une approximation suffisante, la morbidité des médecins. Nous avon encore à notre disposition la mortalité, facile à constater, des adhérents de notre caisse de pensions de retraite. Nous pourrons obtenir celles de la *Caisse Belge et de la caisse anglaise*.

M. Bertillon considère *cette entreprise comme pratique, très souhaitable* et *d'une très grande valeur*. Il nous a promis de venir, ce soir, après notre banquet et vous pourrez, de sa bouche, recueillir ces affirmations.

Il va donc falloir, Messieurs, examiner si vous voulez, en vue de ce but, et spécialement pour établir l'œuvre *d'indemnité de maladie*, sur des bases inébranlables, faire la dépense de cette enquête *d'intérêt général médical*. Remarquez bien, d'un autre côté, qu'une table de morbidité, nécessaire pour l'*indemnité*, sera complétée par une table de *mortalité*, qui peut rendre de véritables services à votre caisse de pensions de retraite.

L'Assemblée témoigne de son approbation et donne implicitement mandat au *Conseil de direction* d'établir, aux frais du Concours, *les tables de mortalité et de morbidité médicales* et elle accepte également l'établissement par le Concours médical, associé à l'Union des Syndicats, si le bureau de l'Union y consent, de l'*Œuvre d'indemnité de droit*.

Hôpitaux et hospices.

M. *Cézilly* :

En 1891, nous avons été frappés, à la lecture de la lettre d'un membre du Concours, des difficultés qu'éprouvent les médecins de ces établissements, à faire adopter les mesures d'hygiène et de salubrité qui sont, là, plus nécessaires que partout ailleurs, et vous avez constaté, avec nous, que les hopitaux et hospices sont gouvernés par des Commissions hospitalières, qui, affirme M. *Henri Monod, directeur de l'Assistance publique en France*, ne sont régies, dans leur administration, par aucun règlement. M. Monod regrette l'impuissance complète de l'autorité centrale à modifier ce douloureux état de choses, signalé récemment par M. Napias, dans les hôpitaux et hospices.

Il nous avait paru qu'il y avait là une réforme à signaler et à obtenir si possible.

M. le Dr *Chopinet*, de Crépy, va vous exposer l'état de la question ; je me contente de vous faire remarquer, en lui donnant la parole, que la question est actuelle et que le *Comité consultatif d'hygiène publique* émet le vœu que « *la loi arme l'administration supérieure de manière qu'elle puisse exiger dans les établissements hospitaliers les conditions d'hygiène et de salubrité reconnues nécessaires* ». Il faut, en conséquence que le médecin, qui peut veiller à leur exécution, ait quelques droits, pour pouvoir accomplir le devoir qu'on lui imposera.

Sur l'invitation du Directeur, M. Chopinet donne lecture de son rapport :

Messieurs,

Dans votre réunion générale du 22 novembre 1891, on vous a donné lecture d'une lettre d'un de nos confrères, qui se plaint, avec raison, de la situation qui lui est faite comme médecin d'un petit hôpital, et vous m'avez chargé, après discussion, d'étudier la question, de vous faire un rapport sur le *fonctionnement des hôpitaux et hospices de Province*, et de vous soumettre un projet de modification aux règlements surannés qui régissent encore ces établissements.

Quoiqu'il y ait lieu de croire que les faits, dont a eu à souffrir notre confrère, sont une exception, il suffit qu'ils se soient produits ou qu'ils puissent encore se produire, pour que nous cherchions les moyens d'y mettre un terme.

Cette question, si intéressante, demande à être traitée avec plus de compétence que je ne puis le faire. Elle a fait souvent l'objet des préoccupations des comités d'hygiène publique, et les législateurs s'en sont occupés à plusieurs reprises.

Notre confrère parle des règlements de 1811, qui font la loi dans son hôpital. Des modifications importantes ont été introduites dans ces règlements, particulièrement par la loi des 21 janvier, 8 avril et 7 août 1851, qui détermine la composition des commissions administratives et règle leurs droits et leurs devoirs, par des dispositions spéciales. Pour ce qui nous concerne, l'article 14 (de cette loi), qui est encore en vigueur, dit en substance que la Commission nomme les médecins et les chirurgiens, mais qu'elle ne peut les révoquer qu'avec l'approbation du Préfet.

Cette disposition répond à une partie des griefs de notre confrère qui manifeste la crainte de se voir remplacé, du jour au lendemain, par un nouveau venu, dans le service de son hôpital.

Plus tard, une circulaire du ministre de l'intérieur, datée du 28 août 1865, appelait toute l'attention des commissions administratives, sur un rapport du Comité consultatif d'hygiène, concernant les conditions hygiéniques à remplir pour la création des hôpitaux. Ce rapport, très complet, approfondit tout ce qui touche de près à ces larges questions et on dirait qu'il a été élaboré pour répondre au mémoire lu par M. le Dr Napias à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle dans sa séance du 26 octobre dernier. En effet, voici ce que dit notre honoré confrère :

« En France, il y a 1.700 hôpitaux ou hospices ; plus de la moitié est dans de mauvaises conditions. « Souvent, fiévreux et blessés, adultes et enfants sont mêlés ; les baignoires, les lavabos manquent ; les « cabinets d'aisances sont dans un état déplorable , les salles des malades sont mal aérées ; souvent « les murs sont couverts de gravures, d'ornements inutiles ; les lits sont en bois, ont des rideaux. Il n'est « pas rare de voir les teigneux mélangés avec les autres enfants. Ces mauvaises conditions hygiéniques, « cette promiscuité, ces agglomérations, sont le plus souvent d'autant plus inutiles, qu'en général en pro- « vince, la place ne manque pas : l'hôpital, dans bien des endroits, contient un ouvroir, une école, un « orphelinat, etc., et les malades n'ont pas de place. Souvent c'est une unique infirmière qui est chargée

« de soigner les femmes en couches et les prostituées, etc. M. Napias insiste encore sur l'absence to« de services d'enfants malades, sur l'isolement complet des syphilitiques, sur la désinfection et l'iso« ment, chose presque inconnues dans la plupart des hôpitaux, etc., etc. »

Nous voyons, par cet exposé, qu'un grand nombre d'hôpitaux n'ont tenu aucun compte des prescripti hygiéniques édictées avec tant de sagesse. Il y a donc lieu de rechercher les moyens de remédier à routines invétérées et de mettre un terme aux abus. C'est pourquoi, Messieurs, je vous proposerai d'é tre un vœu conforme à celui qui a été soumis au Comité consultatif d'hygiène par M. le Dr Napias.

« La Société *Le Concours médical* émet le vœu que, le plus tôt possible, dans la loi d'assistance médic gratuite, un article spécial exige dans tous los établissements d'assistance, des conditions ration les d'hygiène et de salubrité, et qu'enfin elle arme l'administration supérieure des pouvoirs nécessai pour assurer la réalisation de ces conditions. »

Messieurs, laissez-moi vous dire encore quelques mots au sujet de la composition des commissions ad nistratives. Elles avaient été réorganisées par la loi du 21 mai 1873 ; mais celle-ci a elle-même été revis et modifiée dans plusieurs parties essentielles par celle du 5 août 1879, qui nous régit encore :

Art. 1er. Les Commissions administratives des hospices et hôpitaux sont composées du maire et de membres renouvelables.

Deux des membres de chaque commission sont élus par le conseil municipal.

Les quatre autres sont nommés par le Préfet.

Art. 4. Les délégués du Conseil municipal suivent le sort de cette Assemblée quant à la durée de mandat.

Les autres membres renouvelables sont nommés pour 4 ans. Chaque année la commission se renouv par quart. Les membres sortants sont rééligibles.

Ne sont pas éligibles ou sont révoqués de plein droit les membres qui se trouveraient dans les cas d capacité, prévus par les lois électorales.

Art. 5. Les commissions pourront être dissoutes et leurs membres révoqués par le ministre de l'In rieur, etc., etc.

J'ajouterai que cette loi, comme celle du 7 août 1851, exclut, des commissions, les médecins des hospices, fussent-ils même maires et par conséquent présidents de droit. Il y est dit que, d'après la ju prudence constante du ministre de l'Intérieur, baséo sur l'art. 1er du titre II de la loi du 24 vendémi an III, les médecins des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance se trouvant placés sous l'autorité commissions qui les nomment et les révoquent, ne peuvent faire partie de ces commissions.

Nous n'avons, je pense, à proposer aucune modification à la composition de ces commissions, qui so en général, composées d'hommes éclairés et désireux de seconder les médecins dans les soins à don aux malades. Mais ne trouvez-vous pas qu'elles jouissent de prérogatives trop étendues, en ce qui c cerne le droit de nomination et de révocation du médecin, et qu'il y aurait lieu de demander qu'il établi une sorte de concours, quand la chose serait possible, les médecins devant préalablement rem certaines conditions et justifier par exemple d'un séjour déterminé dans la résidence et dans le cas o concours ne pourrait avoir lieu, la nomination du médecin ne pourrait-elle pas être faite par le *Pr* (*ou par le ministre*) pour le soustraire aux exigences d'une commission qui serait, par hasard, plus moins tracassière. Le médecin y gagnerait en dignité et en indépendance, et les malades n'en serai que mieux soignés.

Nous demanderions aussi que le médecin fût autorisé, sinon à faire partie des commissions, du m *à être admis à leurs délibérations à titre consultatif toutes les fois qu'il en ferait la demande.* Il pourrait al éclairer les administrateurs sur les conditions élémentaires de l'hygiène, et prévenir leur ingérance d l'administration des remèdes et le traitement des maladies : graves errements dont se plaint avec rai notre confrère dans la lettre qui a motivé ce rapport.

Je termine, messieurs, en vous proposant d'émettre ce dernier vœu ;

« Les médecins des hôpitaux de province devront être nommés au concours, quand la chose sera p« sible, et les épreuves de ce concours devront porter, notamment, sur l'hygiène générale et l'hygiène h« pitalière. Quand le concours ne pourra avoir lieu, ils seront nommés directement par le Préfet.

« Ils pourront être admis aux délibérations des commissions hospitalières à titre consultatif toutes « fois qu'ils en feront la demande. » (*Applaudissements.*)

Après un échange d'observations entre quelques membres et M. le Dr Chopinet, au sujet de ces pr sitions, l'Assemblée décide que la question reste à l'étude et que le *Conseil de Direction* fera les démar proposées par une commission composée de MM. Chopinet et Popis (de Checy, Loiret).

Service militaire des Etudiants en médecine.

Le *Conseil de Direction* a jugé à propos de mettre à votre ordre du jour la question du *service milit des médecins.*

Dans l'examen de ce sujet, nous devons nous garder d'oublier que la loi militaire actuelle nous do le précieux privilège de ne passer qu'une année sous les drapeaux, et en outre l'avantage, conféré par loi du 11 juillet 1892 aux étudiants en médecine, de devancer l'appel.

Il est certain que cette exemption est dictée par un intérêt social, par l'intérêt de l'armée. Néanmo il ne nous permet pas de montrer une exigence trop grande et il nous oblige à démontrer que le méde devrait faire son service en qualité *d'officier*, une fois son diplôme conquis. Il aura, en effe t, une b grave responsabilité, en cas de guerre ; il devra posséder la connaissance approfondie des règleme militaires, l'habitude du commandement, unis à la promptitude de décision d'un caractère ferme. C ment les exigerait-on de lui, si, pendant une année, on réclame de lui, le maniement d'un fusil, dép entre ses mains ; des exercices militaires auxquels il ne prendra jamais part, etc.

Un membre du Concours a fait ressortir, nettement, ces circonstances et nous venons vous dema quelles démarches vous décidez pour arriver au but que nous vous proposons.

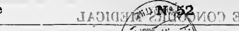
L'Assemblée décide que le Conseil de Direction demandera l'appui des médecins députés et sénateurs, p obtenir une réforme si souhaitable.

(*Le compte-rendu de la fin de la séance et du banquet sera publié numéro 52*).

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Impr. DAIX Frères, place St-André. Maison spéciale pour Publications médica

atorzième année N° 52 24 Décembre 1892



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DE LA

[S]OCIÉTÉ DU « CONCOURS MÉDICAL »

DU 27 NOVEMBRE 1892

(*Suite et fin*).

Ordre des médecins.

[...] *Cézilly* : Je crois qu'il est inutile de vous parler de nouveau de la *Création d'un Ordre des médecins*. Au [Sén]at, quelques orateurs, repoussant les Syndicats médicaux, nous disaient qu'ils ne s'opposeraient pas à [l'éta]blissement de *Chambres de discipline* ; cet avenir qu'ils nous faisaient entrevoir, était trop douteux et [tr]op éloigné, pour ne pas lui préférer ce qui était organisé, les *Syndicats*, qui sont libres de leur action [mor]alisatrice, comme les conseils de famille des Sociétés scientifiques. Les Syndicats mèneront à la [con]quête du *Conseil de l'Ordre médical*, si un jour sa possibilité législative venait à être démontrée. : [(A]s*sentiment.*)

Accession des officiers de santé au doctorat.

[S]ur la demande d'un grand nombre de confrères, officiers de santé, le Conseil de direction vous pro[pos]e, Messieurs, de faire les démarches nécessaires pour procurer des facilités à ceux d'entre eux qui [vou]dront obtenir le grade de docteur en médecine, et en premier lieu pour hâter la rédaction du pro[gra]mme des examens qu'ils auraient à subir, afin que, pendant l'année qui va suivre la promulgation de [la l]oi *Chevandier*, ils puissent préparer ces épreuves.

[A]près une courte discussion à laquelle prend part notamment M. le Dr Dubois, de Saujon, M. le Dr Gas[...], qui a déjà exposé, dans le journal, la situation nouvelle qui est faite aux officiers de santé, propose à [l'A]ssemblée de donner sa confiance au Conseil de direction. Il fera les démarches nécessaires, auprès [du] Conseil supérieur de l'instruction publique, dans le but de hâter l'élaboration du programme des [exa]mens pratiques qui seront imposés, selon le vœu de la loi, aux officiers de santé qui voudront [obt]enir le diplôme de docteur en médecine. — La proposition est adoptée.

Propositions des membres du Concours.

[M.] le Dr *de Labrousse*, médecin de colonisation, à Guelma, propose à l'Assemblée de faire les démarches [con]venables pour amener le vote d'un projet de loi actuellement soumis à la Chambre des députés à la [sui]te d'une pétition signée par tous les médecins de colonisation. Je ne ferai ressortir qu'un argument en [fav]eur de la réforme proposée, qui consiste à avancer l'époque où le médecin de colonisation et sa [fam]ille, en cas de décès, seront admis au bénéfice de la retraite. M. de Labrousse affirme que la mor[tali]té des médecins de colonisation s'élève à 15 pour cent, alors qu'en France elle ne doit pas dépasser [...] pour mille. En outre, il démontre que le budget sera très peu grevé par la réforme réclamée, puisque [son] principal objet est seulement d'avancer de quelques années les droits de la famille à une pension. [L'A]*ssemblée décide que la pétition sera appuyée en son nom.*

[M.] *le Dr Grognot*, de Milly, propose de fixer à un jour de la semaine, et non au dimanche, les Assem[blée]s générales, à cause des facilités que trouvaient les confrères à consacrer la matinée à leurs affaires. [La p]roposition n'est pas prise en considération.

[Le] Directeur reprend la parole en ces termes :

[M]essieurs, nous allons prendre place à notre banquet annuel ; j'ai l'honneur de vous informer que [MM]. Cornil, Chevandier, Trarieux, sénateurs, et MM. Viger, Langlet et Guéneau, députés, ont bien voulu [ac]cepter l'invitation que nous leur avons adressée, au nom du *Concours médical* et de l'*Union des Syn[dic]ats*, ainsi qu'à nos conseils judiciaires et à plusieurs de nos plus chers et plus méritants collaborateurs. [N]ous vous faisons part des excuses motivées et des regrets de M. Loubet, président du Conseil des [Mi]nistres, Raynal, député de la Gironde, Rey, député du Lot, secrétaire de la Commission pour la loi [de] l'*Assistance médicale gratuite*.

[M]essieurs, il est tard, trop tard, la séance est levée. (*Applaudissements*.)

Après quelques instants de conversation et après la réception, par le *Conseil de direction* et par les membres du *Bureau de l'Union*, des invités des deux sociétés, les convives prennent place à l'immense table dressée dans le *Salon du Zodiaque*.

On comptait sur 85 convives annoncés ; près de 120 sont venus s'asseoir, et il a fallu dresser des tables supplémentaires. Le Directeur du Concours a signalé, encore une fois, la nécessité d'aviser de sa présence et il a demandé l'indulgence pour cette lacune, inévitable, paraît-il, dans les réunions médicales.

Le menu était le suivant :

Potages : Consommé de Volaille aux Quenelles.
Hors-d'œuvre variés.
Relevés : Croustades de foie gras Lucullus.— Truites saumonées sauce Bernay.
Entrées : Filet de Bœuf à la Richelieu. — Poularde braisée à la Demidoff.
Rots : Faisans bardés sur Canapés. — Salade.
Entremets : Haricots Verts à la Maître d'Hôtel.— Turbans de Fruits aux Liqueurs. Gâteau Pain de Gênes.
Glace : Bombe Cosmopolitaine.
Dessert : Compotier de Fruits. — Pâtisserie.
Vins : Madère. — Médoc en Carafes. — Graves. — Saint-Julien.— Beaune.— Ay supérieur.
Café, Liqueurs.

Au champagne, le Directeur du Concours se lève et porte ce toast :

Toast de M. le Dr Cézilly.

Chers Confrères,

Notre Assemblée générale de 1892 marquera, dans les modestes fastes de nos Sociétés confraternelles, par le nombre et l'importance des questions qu'elle a soulevées. Notre banquet, plus nombreux que jamais, fera aussi époque dans nos souvenirs. Je bois à la santé des membres du Concours absents, à nos invités, à nos collaborateurs si dévoués, aux délégués des Syndicats et à vous tous, Messieurs. Si mon toast est d'une grande ampleur, sa sincérité et sa cordialité ne sont pas moins grandes. (*Applaudissements.*)

Permettez-moi de prier les législateurs éminents qui sont ici à titre de confrères et je pourrai ajouter d'amis, de vous dire ce qu'ils se proposent de faire pour les lois d'intérêt médical. Nous savons tous la reconnaissance que nous leur devons pour ce qu'ils ont déjà fait dans l'intérêt de notre belle profession. (*Applaudissements.*)

Toast de M. le Dr de Fourmestreaux.

Mes chers Confrères,

Je veux porter un toast auquel je suis certain que tous vous vous associerez.

La loi sur l'exercice de la médecine a enfin, et sans nouvel encombre, effectué au Sénat son dernier voyage. Au nom de l'Union des syndicats, je lève mon verre à la santé de tous ceux qui ont apporté un effort à son laborieux édifice.

Je bois à notre cher confrère Cézilly, que l'on voit toujours sur la brèche et au premier rang quand il s'agit de défendre nos intérêts professionnels.

Je bois à ses collaborateurs du Concours Médical.

Je bois à Monsieur le professeur Cornil, rapporteur de la loi au Sénat, dont la haute autorité a tant contribué à nous faire enfin donner satisfaction.

A Monsieur le sénateur Chevandier, qui aura l'honneur de voir dans l'avenir la loi sur l'exercice de la médecine porter son nom.

Je bois enfin à Monsieur le sénateur Trarieux, qui, se souvenant sans doute de ses origines médicales, est venu, de sa parole vibrante, nous réconforter, nous que l'on attaquait avec des arguments burlesques, nous que l'on semblait craindre de voir s'allier pour exploiter les souffrances humaines.

Je bois à notre belle et laborieuse profession. (*Vifs applaudissements.*)

Toast de M. le Dr Gassot.

Messieurs et chers Confrères,

Depuis dix années, régulièrement, la mission m'est échue de boire à la revision de la législation médicale et de porter la santé de notre vaillant champion au Parlement, M. Chevandier qui, de son côté, me répondait non moins régulièrement qu'il fallait prendre patience et ne pas désespérer.

Amant alterna Camœnæ.

Il faut croire que nos goûts diffèrent quelque peu de ceux des muses, car ce récitatif en partie double dont l'espérance et la résignation faisaient tous les frais, commençait à nous paraître quelque peu fastidieux.

Nous pouvons heureusement changer notre air aujourd'hui.

La loi sur l'exercice de la médecine est enfin votée, et, en dépit de cet esprit chagrin qui prétendait que vous aviez, M. Chevandier, couvé un œuf de canard (*rires*), nous dirons que c'est pour nous un véritable succès. (*Applaudissements.*)

N'est-ce donc rien que la reconnaissance des Syndicats médicaux, rien que la répression efficace de l'exercice illégal, rien que la reconnaissance de notre privilège en cas de dernière maladie et l'extension à deux années du délai de prescription de nos honoraires ?

Sachons nous contenter, et cela sera facile si nous comparons le texte de la loi Chevandier à celui de la loi de Ventôse.

D'ailleurs, Messieurs, notre œuvre n'est pas terminée et nous avons encore bien des réformes à solliciter.

Le précieux appui que nous avons obtenu ne nous fera pas, dans l'avenir, plus défaut que par le passé.

Levons donc nos verres à nos succès actuels et aux futurs triomphes de la ténacité de M. Chevandier. (*Applaudissements.*)

Un convive (dont nous n'avons pu connaître le nom et auquel par conséquent nous n'avons pu demander le texte de son allocution) tient à signaler les imperfections de la loi sur l'exercice de la médecine. Il craint que des mesures vexatoires pour le médecin, qu'on est étonné d'y lire, ne se retrouvent dans les autres lois médicales qui sont en préparation.

Son allocution se perd au milieu du bruit.

Toast de M. le Dr Chevandier, sénateur.

Messieurs et chers Confrères,

C'est toujours avec un grand plaisir que j'assiste à ce confraternel banquet. J'y trouve l'accueil le plus cordial ; ce dont je ne saurais assez vous remercier, et les encouragements qui m'ont soutenu dans la poursuite du vote par les deux Chambres de notre proposition de loi sur l'exercice de la médecine.

Si longue que soit cette salle, je la remplirais certainement, si j'exhalais le long soupir d'allégement dû au vote définitif de la loi par le Sénat. (*Rires.*)

Mais soupirer n'est point décent. Je préfère vous dire avec quelle joie je suis entré ici aujourd'hui, heureux que l'intelligent hasard m'ait fait rencontrer M. Cornil, sur le perron du Grand-Hôtel, très satisfaits l'un et l'autre de vous apporter, ensemble, la loi si longtemps et si impatiemment attendue.

Elle n'est point parfaite ; nous le savons aussi bien que celui de nos confrères, qui voulait tout à l'heure nous en signaler les défauts, les desiderata ou les lacunes.

Permettez-moi de vous faire observer que nulle œuvre législative n'est parfaite, et qu'il y a risque de ne jamais aboutir en cherchant la perfection en pareille matière.

J'ajoute que pour sauver celle-ci, née d'un compromis entre les auteurs de la proposition et le Gouvernement, modifiée par le Sénat, il a fallu faire des concessions, jeter parfois du lest, afin de ne pas la voir sombrer dans les périlleux voyages qu'elle eût dû faire entre la Chambre et le Sénat.

Ce naufrage n'était point fait pour nous réjouir ; aussi avons-nous préféré vous présenter la loi telle quelle, que de venir encourir vos reproches, en vous parlant d'un ajournement nouveau, en vue d'une loi plus parfaite.

Il est probable que notre excellent confrère, M. Gassot, ne m'eût point si chaleureusement complimenté. J'en aurais sérieusement pâti ; car j'aime à l'entendre, quand le champagne pétille dans la coupe, que ses sentiments de bienveillance bouillonnent dans son cœur, nous donner ses encouragements généreux.

Je n'y suis pas moins sensible aujourd'hui qu'autrefois. Qu'il me permette cependant de lui dire et de vous rappeler que ma tâche est à peu près terminée, depuis un an, et qu'alors a commencé celle si vaillamment conduite, du rapporteur de la haute Assemblée.

C'est vers lui que doit maintenant se tourner votre gratitude, Messieurs, c'est en son honneur que nous devons lever nos verres. (*Applaudissements.*)

Tandis que notre travail s'est fait presque tout entier dans les commissions où j'ai trouvé des collaborateurs tels que notre confrère Viger, le quasi vice-président de la Chambre des députés, que notre confrère Langlet, dont la parole écoutée a préparé le vote de la Chambre, la tâche du rapporteur du Sénat a été entravée de difficultés nombreuses.

Il semblait que le si important rapport de M. Cornil eût dû suffire à éclairer les consciences. Non ; il a excité les esprits à ce point que les uns ont attaqué l'ensemble de la loi, tandis que d'autres la criblaient d'amendements. Il a tenu tête à tous, et défendu le projet, non point *unguibus et rostro*, mais en opposant, à l'ardeur des premiers, son éloquence limpide, douce, nourrie de bonnes raisons ; en désarmant les seconds par des concessions utiles, servi à la fois par sa haute situation scientifique et par l'estime qui s'attache à sa personne. (*Applaudissements.*)

C'est un véritable siège, qu'avec le concours de M. Brouardel, Commissaire du Gouvernement, il a soutenu pendant huit séances.

Je n'aurai garde, Messieurs, d'oublier la part qui revient dans l'adoption de l'article 14, relatif aux Syndicats médicaux, à M. le Sénateur Trarieux, dont je m'honore d'être pour la seconde fois le collègue.

Malgré les efforts du rapporteur et l'intervention du président du Conseil, M. Loubet, cet article avait été rejeté, en première lecture, à quelques voix de majorité. A la seconde, il trouva dans la personne de M. Trarieux un avocat si convaincu, un défenseur si ardent et si habile, un vengeur si résolu de la dignité médicale un peu méconnue, que, par une superbe revanche, l'article fut voté à une majorité considérable.

Le Sénateur de la Gironde avait renversé avec un si grand entrain toutes les objections accumulées, que vous me permettrez, mes chers Confrères, de vous le désigner comme le héros des Syndicats.

C'est pourquoi je porte à la fois la santé de Messieurs Cornil et Trarieux. (*Applaudissements.*)

Et maintenant, je me sens si bien allégé du poids porté pendant huit ou dix années, que j'en suis tout décontenancé. Il me manque quelque chose, j'imagine, quelque proposition nouvelle à étudier et à défendre.

Voici venir celle qui a été si complètement exposée par notre honorable confrère M. Rey, dans son rapport sur le projet de loi relatif à l'assistance médicale dans les campagnes, voté en première délibération par la Chambre des députés.

Bien que ce projet laisse aux Conseils généraux le choix entre les systèmes existants, il pose un principe qui nous est cher à tous, sur lequel je me suis expliqué il y a 40 ans.

Le Congrès médical de 1845 avait réuni à Paris 700 médecins, répartis en de nombreuses commissions ; il avait étudié et souvent résolu les problèmes à nouveau posés. Dans ses travaux, j'avais trouvé les éléments de la loi sur l'exercice de la médecine, et la solution partielle de l'Assistance médicale. Il faut rendre hommage à nos aînés, Messieurs, et établir cette loi sur ce double principe que M. Rey lui donne pour fondement; la liberté du malade et l'indépendance du médecin. (*Applaudissements unanimes.*)

Toast de M. le Pr Cornil, sénateur.

Messieurs, je suis heureux de me trouver, encore une fois, en présence d'un aussi grand nombre de Confrères, à votre table largement hospitalière, le jour où enfin l'Assemblée dont je suis membre, a consacré la revision de la législation médicale et par surcroît l'existence des Syndicats médicaux, à laquelle, et vous avez raison, vous attachez tous un si grand prix !

Il est superflu de parler devant vous des mérites du père infatigable de la *Loi Chevandier*. Nous avons tous été heureux, au Sénat, de le voir venir s'asseoir à nos côtés, pour s'y reposer de ses nobles travaux à la Chambre des Députés, où son passage a été si fructueux au point de vue législatif.

Il nous prêtera, au Sénat, son appui et y exercera l'influence législative, à laquelle il a droit, le jour peu éloigné où de nouvelles lois médicales nous seront soumises.

En ce qui me concerne, vous pouvez compter sur tout mon dévouement et je bois à votre santé. (*Applaudissements prolongés.*)

Toast de M. Trarieux, sénateur.

Messieurs,

Puisque mon nom a été prononcé, veuillez me permettre de dire combien je me sens touché des témoignages de gratitude qui viennent de m'être accordés. S'il est permis à des hommes politiques de recevoir, sans crainte d'une Commission d'enquête, la récompense des services qu'ils peuvent rendre au Parlement, tout en remplissant leur devoir, la manifestation dont je suis ici l'objet est du plus grand prix, et j'avoue m'en sentir particulièrement fier. (*Applaudissements.*)

Peut-être, cependant, a-t-on exagéré l'importance de mes titres à votre reconnaissance. (*Non, non.*) Je me rappelle bien que l'an passé, lorsque je me rencontrai avec vous, à votre précédent banquet, vous manifestiez des craintes sur le sort de cette loi, si impatiemment attendue, pour laquelle vous me demandiez mon concours ; mais je n'ai jamais pensé qu'elle pût être sérieusement menacée ; et si à un moment, vous tenant ma parole, je suis intervenu pour la défendre, c'est moins parce que je doutais de son vote, que parce que je ne croyais pouvoir laisser passer, sans protestation, les objections qui vous étaient faites et qui me semblaient injustes.

Vous aviez au Sénat deux catégories d'adversaires auxquels il m'a paru nécessaire de répondre au nom des sentiments d'estime que m'inspire votre belle et noble profession. Les uns, trop pénétrés de leurs souvenirs classiques, s'étaient fait, contre vous, les rééditeurs des plaisanteries de Molière et renouvelaient, en vous attaquant, le procès contre M. Diafoirus ; à ceux-là, j'ai opposé l'étude, autrement vraie, de Balzac dans son roman si touchant du « Médecin de Campagne » et je vous ai montrés ce que vous êtes, toujours en route pour l'accomplissement de votre devoir et portant avec désintéressement les secours de votre science aux malades qui vous appellent, sans distinction entre les riches et les pauvres, et réservant quelquefois vos prédilections pour le malheureux. (*Applaudissements.*)

Mais c'est surtout contre ceux qui cherchaient, au nom des principes, à vous enlever la liberté de l'Association professionnelle, que mon intervention s'est produite et pouvait peut-être vous être utile. Pour cette classe d'adversaires, les Syndicats professionnels ne devraient être que le droit privilégié des ouvriers et c'était, en quelque sorte, à leurs yeux, violer la loi de 1884 que de vous en accorder l'usage. Sur ce point, je l'avoue, je me suis échauffé, car si je suis un partisan convaincu de l'association coopérative ; si je crois à ses avantages sociaux et aux progrès qu'on en peut espérer, je ne puis comprendre des distinctions arbitraires qui renouvelleraient, au rebours, les anciens privilèges. Partout où la réalité d'intérêts corporatifs existe, comment la faculté d'organiser des Syndicats pour leur défense pourrait-elle se contester ? Comment surtout serait-il juste et sage de la refuser, quand il s'agit d'un corps d'état comme le vôtre, où la haute culture scientifique est une garantie si certaine de votre aptitude à ne pas abuser de la liberté et à maintenir vos sociétés dans le bon ordre et le respect d'elles-mêmes. (*Applaudissements.*)

Est-ce avec vous que des grèves seraient à craindre ? Est-ce auprès de vous que les missionnaires de la révolution sociale auraient chance de faire entendre leurs prédications avec succès ? Si l'usage de la liberté est à enseigner à ce pays, ne sont-ce pas, au contraire, des syndicats comme les vôtres qui devraient être proposés pour modèles ?

On refusait de voir la communauté des intérêts que vous pouviez avoir à défendre ; mais ne se manifeste-t-elle pas dans les ordres d'idées les plus variés, ainsi que j'ai cherché à en fournir des preuves ?

D'abord, j'ai parlé de vos intérêts matériels ; n'est-ce donc pas pour les professions libérales, comme pour tous les autres corps d'état, un droit avouable que le souci des nécessités mêmes de la vie ?

Mais ce n'est là que le moindre côté de vos préoccupations, et pouvait-on fermer les yeux à tant d'autres intérêts moraux que je me suis efforcé de mettre en lumière ? C'est la plaie du charlatanisme à combattre ; c'est une surveillance disciplinaire à organiser dans le propre sein de vos Syndicats, car il peut se trouver quelquefois parmi vous des brebis galeuses qui ne font pas moins de tort à votre dignité professionnelle que les charlatans eux-mêmes. Ce sont des bibliothèques à fonder ; les communications scientifiques à établir, pour porter et entretenir constamment l'esprit du progrès jusque dans les recoins les plus reculés de nos campagnes ; c'est enfin une étroite et forte solidarité de bon renom et d'honneur à nouer, de plus en plus, entre tous ceux qui sentent le besoin de sortir de leur isolement pour cet échange fécond de services et d'assistance.

Si cette démonstration a pu être de quelque poids sur les délibérations du Sénat je m'en applaudis ; et plus convaincu que jamais, qu'en contribuant à vous faire accorder votre part d'une liberté qui doit appartenir à tous, j'ai travaillé à votre utilité professionnelle en même temps qu'au bien général ; je vous demande de consacrer par le toast que je vous porte la pensée dont je me suis inspiré, et je bois à l'union toujours plus intime et plus sincère des Syndicats auxquels le Parlement vient de donner le baptême de la légalité. (*Applaudissements prolongés.*)

Proposition de M. le Dr Porson.

Chers confrères, Messieurs,

Après les remarquables discours qui viennent d'être prononcés, je me ferais un véritable scrupule de vous retenir plus longtemps autour de cette table. Mais il nous reste un devoir à remplir, devoir qui vous sera agréable à tous, j'en ai la conviction.

Vous venez d'entendre Messieurs les sénateurs Cornil et Chevandier vous retracer les diverses phases de la lutte longue et pénible qu'ils ont eu à soutenir, à la Chambre ou au Sénat, avant d'obtenir le vote de la loi sur l'exercice de la médecine. Il a fallu tout le dévouement et toute la ténacité que nous leur connaissons pour avoir raison des obstacles accumulés devant cette loi. (*Applaudissements.*)

C'est avec une émotion profonde que vous venez aussi d'entendre la chaude et éloquente parole qu'un éminent orateur, M. le sénateur Trarieux, a si généreusement mise à leur service pour assurer, devant le Sénat, le triomphe définitif de notre cause. (*Applaudissements.*)

Je viens donc vous proposer, au nom de l'Union des Syndicats médicaux, de témoigner notre reconnaissance à nos confrères Messieurs les Sénateurs Cornil et Chevandier, en les nommant, par acclamation, Présidents d'honneur de l'Union. (*Applaudissements prolongés.*)

J'exprime en même temps le regret que M. le sénateur Trarieux n'appartienne pas au Corps médical, ce qui serait pour nous un grand honneur, et nous permettrait d'unir son nom, dans un même sentiment de gratitude, à ceux de ses deux collègues, en lui offrant aussi le même titre.

Un membre propose, pour compléter la motion de M. le Dr Porson, de nommer M. le sénateur Trarieux Conseil judiciaire d'honneur de l'Union. (*Double salve d'applaudissements.*)

Toast de M. le Dr Popis.

Délégué, devant l'Union, par le Syndicat du Loiret, qui compte 96 membres, je ne saurais passer silencieux au milieu des expansions de cette fête de la famille médicale.

Composés de la même élite sociale, issus des mêmes nécessités, hantés des mêmes aspirations, tous les syndicats médicaux sont des frères, heureux de se rencontrer, ne fût-ce que pour quelques heures sous un même toit. Aussi, c'est avec un élan du cœur que nous venons mettre notre main dans la main qu'on nous a cordialement tendue et remercier l'Union de l'appel si libéral qu'elle a adressé à tous les syndicats sans distinction.

Président d'un Syndicat non adhérent, j'ai le mandat de dire ici, et même de démontrer, que nous

sommes, quand même, des ouvriers de votre œuvre. Avec vous, nous avons tenu à être à la peine dans la défaite de Domfront (*Applaudissements*); nous nous glorifions de nous être trouvés avec vous à l'honneur dans le triomphe si réconfortant décerné à votre premier et vaillant champion, M. Chevandier (*Nouveaux applaudissements*) ; enfin notre présence dans les conseils n'a pu rester inaperçue : n'est-ce pas un des nôtres, n'est-ce pas notre propre secrétaire général, M. Gassot, qui naguère contribuait décisivement à faire accepter par l'Union la proposition transactionnelle de M. le Professeur Cornil, planche de salut de notre droit à vivre presque sombré au Luxembourg ?

Vous le voyez, Messieurs de l'Union, nous sommes avec vous du cerveau, du cœur et du nerf de la guerre. (*Applaudissements.*)

Et je viens ici lever mon verre et boire au Président M. de Fourmestreaux, et au Vice-président de l'Union, M. Cézilly et au nouveau Président M. Porson qui ont si utilement dirigé ou dirigeront les destinées de notre centre fédératif.

J'ajoute que j'ai foi dans l'avenir matériel et moral de l'Union des syndicats ; j'ajoute que j'appelle de mes vœux l'époque, peu éloignée, où ses réunions annuelles seront le grand Convent de tous les médecins français. » (*Applaudissements.*)

Toast de M. le Dr Maurat.

Mes chers Confrères,

Il est une des filles du Concours médical et non des moins chéries ! qui, lors de nos réunions annuelles, reste un peu dans l'ombre au milieu de vos préoccupations si nombreuses. Je veux parler de la *Caisse des pensions de retraite du corps médical français* qui est et restera certainement une de vos meilleures œuvres de prévoyance, surtout si vous la complétez, comme nous l'espérons, par la création indépendante d'une *caisse d'indemnité en cas de maladie*.

Cette caisse dont les premières pensions seront distribuées l'an prochain et dont la prospérité va s'accentuer, d'autant plus qu'on lui verra donner des résultats palpables, doit une grande partie de sa réussite à l'un de nos plus dévoués confrères, le Dr *Verdalle*, de Bordeaux, son trésorier.

Depuis 10 ans, avec une patience qui n'a d'égale que sa modestie et son désintéressement, nous avons vu le Dr Verdalle se dévouer complètement à son œuvre et chaque année nous apporter le résultat de ses efforts, sous forme de bilans de plus en plus majestueux.

A la veille du jour, où après l'avoir si bien remplie, notre cher trésorier va ouvrir enfin cette caisse dorée, je crois être l'interprète de tous nos confrères adhérents à l'œuvre en lui adressant, devant vous, ce témoignage de reconnaissance et de remerciments.

Je lève ma coupe à notre cher trésorier, le Dr Verdalle. (*Applaudissements prolongés.*)

Toast de M. le Dr Lassalle.

Messieurs,

Si j'ose prendre la parole après les discours éloquents et nombreux que nous venons d'entendre, la faute en est à vous, chers Confrères, à vous qui me faites chaque année, et en ce moment encore, un accueil trop bienveillant et trop flatteur : Songez donc qu'il n'en faut pas tant pour délier la langue d'un Gascon. (*Applaudissements.*)

J'avoue, d'autre part, que le contact, le voisinage d'hommes politiques éminents comme ceux que nous avons l'honneur de posséder à nos banquets produit toujours sur moi une influence véritablement suggestive.

Je ne puis m'empêcher de voir en ces hommes, chargés des destinées de notre pays, les auteurs responsables de tout le bien, comme de tout le mal qui nous arrive, et j'éprouve un invincible besoin de me tourner vers eux comme vers une Providence pour leur exposer nos aspirations et nos plaintes.

Car, hélas ! nous avons toujours des plaintes à exprimer, et je suis profondément surpris des protestations qui ont accueilli tout à l'heure les paroles du Confrère, dont je regrette ignorer le nom, alors qu'il essayait de faire entendre nos légitimes desiderata.

Certes, je m'en voudrais de jeter une note discordante dans le concert d'allégresse et d'acclamations reconnaissantes auquel je viens d'assister.

Je m'associe, au contraire, de tout cœur aux sentiments de gratitude si bien exprimés par notre Directeur et notre Président sortant, à MM. les Sénateurs et Députés, nos hôtes de ce soir, qui ont fait triompher, au Parlement, notre projet de loi sur l'exercice de la médecine. Je vous demande même la permission, chers Confrères, de remercier encore tout particulièrement, mon éminent compatriote, Monsieur le Sénateur Trarieux, d'avoir si éloquemment vengé le corps médical des attaques malveillantes et des lourdes facéties de certain personnage que vous me dispenserez de nommer. (*Applaudissements.*) Je répondrai simplement à ce spirituel détracteur que s'il est aussi ferré sur les sciences politiques, économiques et sociales qu'il paraît l'être sur la valeur morale et scientifique des médecins, le pays qui l'a vu naître et les électeurs qui l'ont nommé peuvent en être rudement fiers !...... (*Rires.*)

Mais cette dette de reconnaissance contractée, affirmée (je ne dis pas payée), permettez-moi, Messieurs et chers invités, de vous faire observer qu'outre tant d'autres revendications non encore obtenues: assistance médicale dans les campagnes, réorganisation de l'hygiène publique, etc., nous ne sommes pas près de jouir des bienfaits de la loi que vous avez votée, puisque vous avez décidé qu'elle ne serait applicable qu'un an après sa promulgation. Eh bien, ce délai m'effraie. Je ne puis oublier que nous avons attendu plus de 30 ans la discussion de notre projet de législation médicale ; je ne puis oublier que nos réclamations les plus légitimes et les plus utiles au bien public, sont encore méconnues. Il est vrai que, pour appuyer nos plaintes, nous n'employons, nous, ni les menaces, ni les grèves ; et c'est pour cela peut-être qu'au Banquet de la Justice nous serons les derniers servis.

Et pourtant nos journées à nous sont de 24 heures ! (*Applaudissements et rires.*)

Oui, Messieurs, je suis inquiet et parfois je me demande sincèrement si le triomphe définitif de nos revendications n'est pas destiné à échouer indéfiniment devant une inexorable fatalité ! N'avons-nous pas le droit d'être inquiets, Messieurs, quand nous voyons les fauteurs d'exercice illégal, au lieu de paraître troublés par le vote des Chambres, redoubler au contraire d'audace et de cynisme comme s'ils étaient assurés d'une éternelle impunité ?

Notre inquiétude n'est-elle pas légitime quand, après les immortelles découvertes de Villemin, de Pasteur et de Koch, nous voyons l'Etat méconnaître l'autorité de la science médicale et ne tenir presque aucun compte de nos conseils et de nos avertissements ? Je n'exagère rien, Messieurs, voulez-vous des exemples : Nous dénonçons les graves dangers de la contagion tuberculeuse, on ne nous écoute pas et l'Etat ne fait rien dans les casernes, les lycées, les ateliers, etc...., pour prévenir le contage ! D'autre part, nous affirmons que les dangers de trichinose sont chimériques (du moins pour notre pays) et le gouvernement n'en maintient pas moins la prohibition des viandes américaines ; tout cela n'est-il pas étrange ? Et n'avons-nous pas le droit d'être indignés et de nous révolter quand, même sur des questions qui relèvent uniquement de notre compétence, on nous oblige à nous incliner toujours devant la Science

universelle des économistes, ces hygiénistes en chambre, qui au lieu d'être mêlés comme nous aux choses dont ils parlent, au lieu de toucher comme nous aux maux de la Société, ne les connaissent que de loin, ne les aperçoivent que du fond de leur cabinet, mais n'en continuent pas moins d'être les seuls oracles écoutés de nos assemblées délibérantes et des Pouvoirs Publics ?... (*Applaudissements.*)

Messieurs, j'arrête là ces réflexions qui pourraient m'entraîner trop loin ; mais permettez-moi de terminer par une dernière considération. — Un vent, je devrais dire, une tempête de socialisme souffle sur le monde : nos gouvernants et tous les hommes vraiment soucieux de la justice et de l'intérêt public (sans d'ailleurs s'émouvoir des menaces des apôtres de la révolution, ces infâmes exploiteurs des misères du peuple) sont légitimement préoccupés d'améliorer le sort des classes pauvres et laborieuses. D'autre part, au milieu d'une Europe menaçante et formidablement armée, ils ne peuvent envisager sans une réelle anxiété la décroissance progressive de la population française. Dans ces conditions, comment ne songez-vous pas, Messieurs les membres du Parlement, que les lois que nous réclamons apporteraient un sérieux remède à ces besoins sociaux et patriotiques ? La maladie n'est-elle pas le principal facteur de la gêne et de la misère du prolétariat, et la diminution de la mortalité n'est-elle pas le seul moyen que l'on puisse opposer à la dépopulation de notre pays ? Or qui oserait contester que le programme de nos revendications : *Assistance médicale, Hygiène publique, répression du charlatanisme, prophylaxie des maladies contagieuses*, contribuerait puissamment à améliorer la situation inquiétante que nous venons de signaler !

Non, Messieurs, il n'est pas admissible qu'un gouvernement sincèrement républicain, que des représentants du peuple vraiment dignes de ce nom puissent hésiter plus longtemps à adopter et appliquer les mesures que nous sollicitons. Car ces mesures, nous ne saurions trop le répéter, sont absolument conformes aux principes d'une démocratie, puisqu'elles profiteront avant tout aux petits, aux faibles, aux malheureux ; elles répondront, d'autre part, aux nécessités du patriotisme, puisqu'elles ont pour but et pour effet de conserver et d'accroître ce capital humain, ce capital des capitaux, qui ne peut être amoindri sans danger pour la sécurité nationale et la grandeur de la patrie.

Messieurs, je bois à la solution du problème social par de bonnes lois sur l'Hygiène et la santé publique. (*Applaudissements répétés.*)

De toutes parts : M. Viger ! M. Viger !

Toast de M. le Dr Viger, député du Loiret

Mes chers Confrères,

Je ne m'attendais guère à prendre la parole ce soir au milieu de vous. Je savourais bien tranquillement les éloquents discours que vous venez d'entendre, lorsque votre sympathique insistance est venue me chercher à la place où je me dissimulais, pour me contraindre à occuper, pour un instant, celle de votre aimable président, le Dr Cézilly. Je tâcherai de me rendre digne de votre indulgence, en ne vous infligeant pas un long discours, l'hygiène nous apprenant que les plus courts sont les meilleurs après un bon repas. (*Rires.*)

Je veux tout d'abord répondre à mon ami Lassalle qui, suivant son habitude, c'est sans doute chez lui un état chronique, ne manque jamais d'attaquer les députés et les économistes, faisant ainsi coup double et atteignant en même temps les hommes politiques, qu'en bon Français, il aime à critiquer et les protectionnistes qu'en excellent Bordelais, il déteste cordialement. (*Rires.*)

Les députés, à l'entendre, sont de véritables boîtes de Pandore ! répandant en même temps le bien et le mal sans trop de discernement. Je ne voudrais pas faire ici de digression politique, c'est si contraire à la digestion ! mais que notre cher confrère Lassalle nous permette au moins de plaider les circonstances atténuantes en faveur des médecins parlementaires. Leur esprit scientifique, leur éducation professionnelle, les éloignent en effet des luttes stériles de la politique pure, et ils marquent leur passage, dans nos assemblées, en s'occupant surtout des lois d'hygiène publique et d'économie sociale qui sont aussi nécessaires à la santé des hommes qu'à la prospérité des nations elles-mêmes. (*Applaudissements.*)

Est-ce que notre ami Langlet ne vient pas de se signaler par la publication d'un rapport sur l'hygiène publique dont le mérite est aussi grand que son auteur est modeste ?

Est-ce que celui qui vous parle ne cherche pas à se rendre utile dans toutes les questions d'affaires où il peut apporter son modeste concours ? (*Applaudissements.*)

Vous parliez tout à l'heure de la ligue contre la propagation de la tuberculose. Ignorez-vous que je viens de présenter à la Chambre une proposition que j'ai fait signer par près de 200 députés et qui a trait à cette question ?

C'est en effet une opinion presque générale, depuis les deux Congrès internationaux de 1888 et de 1891, que la tuberculose est contagieuse, des animaux à l'homme et vice versâ. On attribue surtout à l'espèce bovine le don d'offrir le terrain où elle naît et se propage le plus facilement.

Aussi les hygiénistes ont-ils sagement inspiré le décret du 28 juillet 1888, qui classe la tuberculose bovine parmi les maladies contagieuses, et soumet les propriétaires de ces animaux aux dures, mais utiles prescriptions de nos lois de police sanitaire, et notamment de l'art. 13 de la loi du 21 juillet 1881.

Seulement, et c'est là un des travers des hygiénistes, on s'est fort peu préoccupé de sauvegarder le droit de propriété. On oublie un peu trop facilement que le meilleur moyen d'appliquer ces lois coercitives, c'est de les équilibrer avec le principe de l'indemnisation, ainsi que l'a fait observer avec raison un savant éminent, M. Lydtin, de Carlsruhe, au Congrès de Bruxelles, en 1883.

Sans doute, il est nécessaire, il est juste de s'emparer de la propriété d'autrui et de la détruire dans un but de salubrité publique, mais il est équitable de donner à ceux que vous dépossédez une indemnité en rapport avec la lésion que vous causez à l'intérêt individuel. (*Applaudissements.*)

Tel est, mes chers confrères, le but de la proposition de loi dont je vous parlais et qui tend à indemniser les propriétaires de bovidés saisis pour cause de tuberculose. Je crois en cela mériter votre approbation, car ceux d'entre nous qui exercent la médecine, à la campagne, connaissent et apprécient les efforts de ces cultivateurs, de ces nourriciers d'un grand peuple qui, incessamment ballottés entre la crainte et l'espérance voient souvent anéantir en quelques heures, nuit de gelée ou jour d'orage, les labeurs pénibles de toute une année. Et s'il est une propriété qui soit respectable entre toutes, c'est celle de ces hommes dont l'existence laborieuse est si profitable au travail national. (*Approbation.*)

Permettez-moi, maintenant, mes chers Confrères, de porter un toast à mon tour. Je veux lever tout d'abord mon verre en l'honneur de mes confrères absents et, d'une façon générale, je vous propose de boire à la santé de ceux qui soignent celle des autres, bien souvent au détriment de la leur, à la santé du médecin ! (*Applaudissements.*)

Je dois avouer d'ailleurs que j'ai personnellement un faible pour les médecins par la raison qu'ils pratiquent le contraire de la maxime de Montaigne. Montaigne disait que pour réussir dans la vie monasti-

que il fallait remplir trois conditions : dire toujours du bien de monsieur le Prieur, se conduire tellement quellement, et laisser aller le monde à sa guise. (*Rires.*)

Dire toujours du bien de monsieur le Prieur n'entre guère en effet dans le programme du médecin ; la flagornerie systématique envers la force triomphante ou la puissance de l'argent n'est point son fait et l'indépendance de son caractère ne lui permet de s'incliner que devant les hommes dont l'intelligence, le travail et le dévouement à la science, ont consacré la réelle supériorité sociale.

Se conduire tellement quellement. Ah ! ce n'est pas, Messieurs, la devise de ceux qui font tant de sacrifices à la société. Est-ce qu'à l'heure où je parle, il n'y a pas, dans toute la France, des milliers de médecins qui, dans quelque modeste chaumière, font des prodiges de science et de dévouement pour arracher à la mort des êtres souffrants ?

Est-ce que le médecin n'est pas exposé à plus de dangers, même, que le soldat sur le champ de bataille, car si celui-ci court le risque de perdre la vie, celui-là brave le danger non seulement pour lui-même, mais encore pour les êtres qui lui sont les plus chers, pour sa femme, pour ses enfants, auxquels il peut à chaque instant apporter la mort avec les poisons organiques qu'il transporte au foyer familial ? (*Applaudissements.*)

Et quant à laisser le monde aller à sa guise, cette maxime fataliste et prudente n'est pas celle d'hommes auxquels leur éducation scientifique a appris que le progrès est la loi de l'humanité et que les découvertes incessantes de la science sont dirigées vers l'amélioration de la race et des conditions sociales au milieu desquelles elle se meut.

Je le dis en terminant, mes chers confrères, quelles que soient nos opinions politiques, quelle que soit la diversité de nos idées sur la forme du gouvernement, le médecin est réellement celui qui pratique le mieux, dans nos sociétés modernes, la belle devise républicaine : *la liberté*, car il aime l'indépendance du caractère et le respect des opinions. (*Applaudissements.*)

L'égalité dont il donne le plus noble exemple pratique en soignant avec un égal dévouement le crésus dans son hôtel opulent et le misérable dans sa cabane.

La *fraternité*, car il accomplit son devoir envers ses semblables, sans trop compter sur la reconnaissance dont la pratique des hommes lui a appris la fragilité, mais uniquement inspiré par la plus noble des passions, celle du devoir et par le plus puissant des mobiles, la solidarité humaine.

Messieurs, je bois aux médecins ! (*Applaudissements prolongés.*)

M. *Cézilly* se lève et prie M. le député *Langlet* de vouloir bien dire, aux convives, ce qu'il espère sur la protection de la santé publique.

Toast de M. le docteur Langlet, député de la Marne.

Monsieur le président veut bien me donner la parole et je l'accepte. Je le remercierai bien, tout d'abord, de m'avoir invité à cette réunion confraternelle si pleine de cordialité. Je ne pense pas que ce soit le moment de développer devant vous, ainsi qu'il m'y convie, les grandes lignes du projet de loi sur *la protection de la santé publique*, mais je tiens à rassurer celui de nos confrères qui, tout à l'heure, semblait craindre qu'on ne négligeât, au Parlement, l'étude de ces questions vitales pour la Société. Il existe à la Chambre une grande commission qui a travaillé près d'un an à l'élaboration d'une loi dont le rapport a été déposé récemment et qui vise exclusivement les questions qui vous préoccupent.

Vous nous demandez de faire des lois, nous en préparons ; nous vous demandons en retour de nous donner votre collaboration et la force de vos puissantes associations pour leur permettre d'atteindre le but qu'elles recherchent. Car aussi bien pour l'hygiène publique que pour l'exercice de la médecine et que pour l'assistance médicale dans les campagnes, nous ne pouvons rien sans vous.

Je ne suis pas, pour ma part, de ces esprits chagrins qui s'effraient de voir les hommes s'associer entre eux pour discuter leurs intérêts matériels et leurs intérêts moraux.

Vous pouvez bien, et c'est votre droit, rechercher l'amélioration de votre sort, mais vous constituez en même temps des assurances contre l'improbité professionnelle. En effet, si dans le corps médical comme dans les corps politiques, il peut y avoir des brebis galeuses, ainsi que les nommait si bien M. le sénateur Trarieux, il leur est impossible de se montrer au grand jour de vos associations et de l'opinion publique.

Permettez-moi donc de boire aux Syndicats et à leur action moralisatrice. Permettez-moi aussi de boire à un homme qui a si bien mis en œuvre, parmi vous, cette force nouvelle, à un homme dont le nom est sur toutes les lèvres, à notre président si actif et si dévoué, M. le docteur Cézilly. (*Applaudissements prolongés.*)

M. le Dr Monnet, dans une chaleureuse allocution, assure que les médecins, chargés de la partie médicale dans les journaux politiques, ne se désintéressent pas des questions professionnelles si graves qui s'agitent en ce moment. Ainsi le Dr Monin et lui se feront un devoir de se mettre à la disposition du Concours médical et de l'Union. (*Applaudissements.*)

Allocution de M. le Dr Armaingaud.

Après s'être excusé de se lever après la « Gironde éloquente », M. le Dr Armaingaud demande à l'Assemblée de seconder les efforts entrepris pour combattre la propagation de la tuberculose.

M. Armaingaud a fait hier une conférence dans la salle de la Société nationale d'horticulture, sous la présidence de M. le Professeur Verneuil ; il a réclamé l'organisation d'une ligue contre la tuberculose, il en a exposé le but et le fonctionnement.

La Ligue ne se confond point avec *l'œuvre de la tuberculose*, qui est exclusivement une œuvre de science ; elle a pour objectif unique et exclusif la vulgarisation de la prophylaxie de la tuberculose, et pour but, de faire passer ses prescriptions dans la pratique.

Le congrès de la tuberculose a rédigé des Instructions populaires excellentes, mais la publicité qui leur est donnée est trop restreinte pour qu'elles puissent atteindre leur véritable destination, qui est d'être conservées dans les familles pour y être lues, relues et consultées en temps opportun.

Si M. Armaingaud prend aujourd'hui l'initiative de cette propagande, c'est qu'il a déjà mené à bonne fin, par les mêmes moyens, sa propagande pour la fondation d'hôpitaux marins qui est une lutte organisée contre la scrofule et toutes les misères physiologiques. C'est par la distribution d'innombrables exemplaires de ses Instructions populaires d'hygiène et par de nombreuses conférences dans plusieurs villes de France qu'il a réalisé cette première Ligue. C'est par les mêmes moyens qu'il est tout naturellement conduit à organiser la seconde. Les Instructions du Congrès sont imprimées dans des petits

tracts et arrivent à leur destination par les nombreuses conférences où elles sont commentées dans un grand nombre de villes par les collaborateurs médicaux de l'œuvre.

M. Armaingaud espère que les nombreux confrères, au milieu desquels il est heureux de se trouver, voudront bien lui prêter leur appui. (*Applaudissements.*)

Les convives du *Banquet* se lèvent et passent dans les salons où sont servis café et liqueurs.

Après les conversations animées qui roulent sur tous les sujets traités dans les deux séances du jour, on prend place pour le divertissement. Sous la direction de M. *André Joyeux*, du *Chat noir*, d'aimables jeunes gens, habiles dans l'art de bien dire des chansonnettes spirituelles, tour à tour gauloises, ou pleines d'allusions de tout genre, accompagnés par des musiciens de talent, excitent une vive hilarité parmi les spectateurs. La *Première Garde*, le *Grand Prix de Paris*, avec silhouettes, obtiennent quelque succès et des applaudissements répétés récompensent les artistes.

A minuit, on échange force poignées de main amicales et on se donne rendez-vous pour 1893.

Parmi les personnes qui ont assisté à la Réunion ou au Banquet de 1892, nous avons pu noter les noms de MM. Chevandier, sénateur. — Cornil, sénateur. — Trarieux, sénateur. — Viger, député. — Langlet, député. — Guéneau, député. — de Fourmestreaux, Versailles. — Gibert, Havre. — Porson, Nantes. — Gassot, Chevilly. — Maurat, Chantilly. — Armaingaud, Bordeaux. — Floquet, Paris. — Lande, Bordeaux. — Marais, Honfleur. — Delefosse, Paris. — Chastaing, Paris. — Jubiot, Marseille. — Marchais, Brest. — Leturc, St-Lô. — Lécuyer, Beaurieux. — Gauthier, Magny-en-Vexin. — Dubois, Saujon. — Durand, Indre-et-Loire. — Bonamy, Indre-et-Loire. — Bardy, Belfort. —Pollet, Douai. — Lacoste, Eure-et-Loir. — Picqué, Paris. — Lassalle, Bordeaux. — Leblond, Paris. — Gourichon, Paris. — Lambry, Courtenay. — Mora, Bazoches-les-Gallerandes). — Puy-le-Blanc, Niort. — de Chateaubourg, Paris. — Jeanne, Versailles. — Cellier, Laval. — Popis, Checy. — Le Baron, Paris. — Gauchot, Chambois. — Deroin, Bourges. — Hervouet, Paris. — Chastenet, Paris. — Amodru, Chamarande. — Guiberteau, (Loire-Inférieure). — Lordereau, Paris. — Ponté, Rives. — Clochepin, Paris. — Desvoisins, Breteuil. — Goyard, Paris. — Salomon, Paris. — Wuillomnet, Paris. — Chopinet, Crépy-en-Valois. — Bilhaut, Paris. — Bernay, Paris. — Limouzin-Lamothe, Mormant. — Ploquin, Paris. — Bénard, Saint-Germain-en-Laye. — Eymonet, Paris. — Dresch, Foix. — Toussaint, Argenteuil. — Beuve, Dammartin. — Villain, Paris. — Rousseau, Conflans-Sainte-Honorine. — Barbaud, Paris. — Cabasse, Vaucouleurs. — Richard et Leray, Lille. — Bourny, Salins. — Ladevèze, Saint-Florent (Cher). — Rigaud, Pons. — de Grissac, Argenteuil. — Delineau, Paris. — H. Cézilly, Paris. — Courgey, Ivry. — Nicolas, Paris. — Garavel, Montreuil. — Petitjean, Jouarre. — Pasquet, Gournay-en-Braye. — Monin, Paris. — Poulliot, Poitiers. — Courjon, Lyon. — des Chesnais, Ville-d'Avray. — Sutils, La Chapelle-la-Reine. — Toussaint, Bois-Colombes. — Lesguillon, Compiègne. — Cancalon, Charenton. — Lemaire, Compiègne. — Leroy, Noyon. — Raffegeau, Vésinet. — Grellety, Paris. — Durand, Arcueil. — Baronnet, Mantes. — Comar, Paris. — Ribard, Meudon. — Lesage, Paris. — Huguenin, Paris. — Cesbron, Marines. — Lorin, Paris. — Daix, Clermont. — Penot, Malesherbes. — Monnet, Paris. — Jaoul, Sucy-en-Brie. — Goudois. — Cadier, Paris. — Butte, Paris. — Lordereau, Paris. — Vigouroux, Paris. — Tison, Paris. — Laurent, Cosnes. — Chanlaire, Paris. — de Backer, Paris. — Bourdon, Etrépagny. — Augé, Pithiviers. — Chevallereau, Paris. — Aguilhon de Sarran, Paris, etc., etc.

MÉDECINE PRATIQUE

Idées actuelles sur la Broncho-pneumonie.

La question de la broncho-pneumonie est malheureusement toujours pleine d'actualité, surtout dans cette saison variable, qui fournit une condition si favorable au développement de cette désespérante maladie. Chaque année, nous avons la douleur de voir enlever par la broncho-pneumonie non seulement la partie la plus intéressante de notre clientèle, mais souvent aussi un certain nombre de nos confrères. Nous ne saurions donc trop faire d'efforts pour approfondir son étude et pour nous armer de plus en plus puissamment contre ses ravages.

Il n'y a pas bien longtemps encore, quand on ouvrait un traité de médecine, à l'article « Broncho-pneumonie », il était bien difficile, après l'avoir lu, de se faire une idée même vague de cette affection si complexe. On empruntait alors à différents auteurs ce que l'on trouvait de moins obscur dans leurs descriptions tant anatomiques que cliniques ; on rajustait tous ces morceaux et l'on arrivait à se construire ainsi une broncho-pneumonie éclectique mais toujours plus ou moins fausse.

On commence à simplifier un peu les innombrables divisions que l'imperfection des connaissances de nos prédécesseurs avait créées et le traitement peut ainsi être réglé d'une manière plus précise.

I.

Dans un récent travail, M. le Dr Mosny n'indique que les trois formes suivantes :

Forme lobulaire à foyers disséminés ;

Forme capillaire (catarrhe suffocant) ;

Forme pseudo-lobaire.

Nous n'insisterons pas sur les lésions anatomo-pathologiques, qui sont de deux ordres :

1° Lésions fondamentales dominantes et nécessaires constituées par :

La bronchite et la péribronchite ;

L'alvéolite avec ses trois degrés :

A. Alvéolite catarrhale, — splénisation ;

B. Alvéolite fibrineuse, — hépatisation rouge ;

C. Diapédèse de leucocytes, — hépatisation grise.

La bronchite est l'élément primordial du début ; c'est une bronchite capillaire atteignant les dernières, les plus fines ramifications de l'arbre aérien. Cette inflammation bronchique est à marche centrifuge, elle frappe d'abord l'épithélium, gagne ensuite la paroi bronchique, elle-même qui s'infiltre de leucocytes et peut finir par disparaître dans le pus qui la baigne.

2° Lésions accessoires : la lymphangite, l'adé-

nite trachéo-bronchique, la pleurésie, l'artérite des artérioles pulmonaires, l'atélectasie ou l'état fœtal et l'emphysème.

Au point de vue clinique, on n'a pas fait grand progrès, et le diagnostic précis des lésions est toujours d'une grande difficulté à cause même de la variabilité des manifestations suivant les sujets, et de l'extrême disproportion qui existe entre les troubles fonctionnels, ordinairement très intenses et les signes physiques, souvent presque nuls. La patience et la sagacité du médecin sont mises à rude épreuve dans l'examen des broncho-pneumoniques. Chez l'enfant, la difficulté est moindre que chez l'adulte et chez le vieillard. La minceur des parois thoraciques et l'absence de lésions chroniques anciennes des poumons favorisent singulièrement la découverte d'un ou de plusieurs foyers de râles sous-crépitants nombreux et fins accompagnés de souffle léger. Souvent, chez l'enfant, une percussion légère, saccadée et méthodiquement appliquée sur les lobes inféro-postérieurs avec un seul doigt (de préférence le médius, frappant directement sur la peau comme un marteau), suffit pour indiquer la présence d'un foyer de splénisation ou d'hépatisation par la matité qu'elle révèle. Chez l'adulte, une auscultation raisonnée et complète des deux poumons, en arrière, en avant et surtout dans les deux aisselles, est indispensable pour se rendre compte de la présence de foyers plus ou moins disséminés et de l'étendue de ces foyers. On néglige trop souvent de faire placer au malade son bras sur sa tête et d'ausculter la région axillaire ; c'est une grave omission, qui cause de fréquentes erreurs de diagnostic. Il ne suffit pas en effet de soupçonner l'existence de la broncho-pneumonie. Un médecin consciencieux et instruit doit chercher à préciser le siège, la forme, le nombre des foyers et l'étendue des lésions pour faire une thérapeutique utile.

M. Mosny résume, de la manière suivante, les signes cliniques des trois formes que nous avons distinguées :

1° Forme lobulaire (foyers disséminés). L'expression clinique traduit l'évolution des altérations pulmonaires. A chaque poussée inflammatoire nouvelle correspond une élévation thermique en même temps que se produisent une aggravation des symptômes généraux, de la dyspnée et qu'apparaissent au point envahi les signes stéthoscopiques habituels. Cette forme dure quinze jours à trois semaines ; la convalescence peut être interrompue par des retours offensifs de la maladie.

2° Forme suffocante : Son début peut se faire d'emblée ou bien il est précédé d'une bronchite généralisée. Elle est quelquefois épidémique. L'invasion est marquée par une ascension thermométrique autour de 40° et par les signes d'une bronchite aiguë. Au bout de deux à trois jours les alvéoles pulmonaires sont atteintes, la dyspnée présente son maximum d'intensité et la mort peut survenir dans les quarante-huit heures. En général, cependant elle ne se produit que du cinquième au douzième jour.

C'est la forme la plus grave.

3° Forme pseudo-lobaire. C'est une pneumonie, qui débute par un foyer de bronchite, avec râles sous-crépitants fins, nombreux, puis évolue vers le 4e ou le 5e jour vers l'hépatisation avec souffle tubaire plus ou moins intense. Il n'est pas rare d'observer en même temps dans l'autre poumon des noyaux de pneumonie lobulaire. La durée de cette forme est de 12 à 15 jours.

Dans une récente communication à la Société de pédiatrie de Bordeaux, M. le Dr *Saint-Philippe* vient d'attirer l'attention sur une forme spéciale à l'enfance, qu'il dénomme broncho-pneumonie prolongée ou à résolution tardive.

Elle affecte tantôt la forme disséminée, tantôt la forme pseudo-lobaire qui est plus constante. Au début, les symptômes sont ceux de la broncho-pneumonie aiguë, plus atténués ; le tracé thermométrique est coupé de longues oscillations qui simulent la fièvre hectique.

La durée, toujours longue, varie entre un et six mois. Dans un cas de Bartels, l'affection dura sept mois ; on a noté une légère persistance des signes stéthoscopiques chez un petit malade dont l'état général était cependant redevenu depuis longtemps excellent. Ces broncho-pneumonies se rencontrent surtout à la suite de la bronchite, de la grippe, de la rougeole, de la coqueluche, de la diphtérie, de la fièvre typhoïde. Ou bien la lésion pulmonaire survient pendant la maladie principale et continue sourdement après la guérison de celle-ci, ou bien elle survient un assez long temps après.

La marche, la durée de la broncho-pneumonie subaiguë, sa tendance à l'hecticité, à la chronicité, à la cachexie la font souvent confondre avec la tuberculose. Le diagnostic est difficile, surtout par les signes physiques ; il faut s'inspirer des antécédents, de la marche des accidents et, en tout cas, donner au malade la chance de bénéficier d'une thérapeutique active.

La broncho-pneumonie peut passer à l'état chronique, c'est-à-dire qu'il se produit sous son influence une série de lésions du parenchyme pulmonaire qui aboutissent à la sclérose du poumon, à la dilatation bronchique. Les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour rapporter à la tuberculose ce que l'on désignait sous le nom de broncho-pneumonie chronique.

Au cours de la pneumonie lobulaire, il peut se produire diverses complications que nous ne faisons que signaler. Ces complications sont : la pleurésie, la gangrène pulmonaire et les abcès du poumon, le pneumothorax, des hémorrhagies pulmonaires, l'adénopathie trachéo-bronchique et les convulsions.

II

La partie de la question la plus avancée depuis quelques mois, est certainement la pathogénie et l'étiologie de la broncho-pneumonie. Depuis les recherches bactériologiques modernes sur les maladies infectieuses, on avait établi des divisions étiologiques multiples, et on envisageait les broncho-pneumonies secondaires à la rougeole, à la diphtérie, à la fièvre typhoïde, comme des localisations pulmonaires des microbes de ces différentes affections. Il n'y avait pas *une broncho-pneumonie*, mais *des broncho-pneumonies* aussi nombreuses et aussi différentes que les conditions étiologiques qui les provoquaient.

Aujourd'hui, la lumière tend à se faire sur tous ces points, et la rougeole, la diphtérie, la grippe, etc., sont considérées comme favorisant simplement l'action nocive, le développement d'autres organismes pathogènes, cause de la broncho-pneumonie. Celle-ci est donc une affec-

tion surajoutée. Weischelbaum et Netter attribuent à quatre espèces de microbes la genèse de l'affection :

1° Le diplococcus pneumoniæ ou pneumocoque lancéolé de Talamon-Frankel ;

2° Le streptococcus pyogenes ;

3° Le staphylococcus aureus et albus ;

4° Le pneumobacille encapsulé de Friedlander.

D'après M. Mosny, deux microbes produiraient chacun un type de broncho-pneumonie :

1° Le *type lobulaire* serait dû à l'action du *streptocoque pyogène* et qui seul constitue la broncho-pneumonie proprement dite ;

2° Le *type pseudo-lobaire*, à l'action du *pneumocoque lancéolé* de Talamon-Frankel.

Ces conclusions sont encore controversées.

Or, ces microbes n'existent pas dans les poumons sains.

On était donc amené tout naturellement à chercher d'où ces microbes pouvaient bien venir, c'est-à-dire la pathogénie des lésions broncho-pneumoniques survenant soit primitivement, soit secondairement à d'autres affections, telles que la rougeole, la diphtérie, la coqueluche, etc.

Netter et von Besser ont démontré que ces microbes habitent normalement dans le pharynx et les fosses nasales des sujets sains.

Ils vivent dans ce milieu à l'état latent, mais peuvent être entraînés dans les poumons par l'air, et l'on comprend que dans certaines conditions tenant, d'une part, à la quantité et à la virulence des microbes, d'autre part, au terrain sur lequel ils sont semés, ils peuvent pulluler dans le parenchyme pulmonaire et y déterminer les lésions étendues et profondes que nous avons signalées dans la broncho-pneumonie.

La cause déterminante est le microbe lui-même. Son développement est favorisé par une foule de conditions adjuvantes, tenant au malade, à son état de résistance, aux maladies prédisposantes, à l'encombrement, aux saisons.

C'est ainsi que la virulence du microbe étant rapidement exaltée, on voit survenir dans les hôpitaux ou même dans les familles des sortes d'*épidémies* de broncho-pneumonie, qui produisent d'épouvantables désastres. Témoins, ces faits de mortalité effrayante dans les pavillons d'isolement des rubéoleux et des diphtéritiques. La broncho-pneumonie est de plus nettement *contagieuse* pour les sujets prédisposés, c'est-à-dire affaiblis et mis en état de réceptivité par la rougeole, la diphtérie, la coqueluche, la grippe, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, le choléra, les diarrhées infectieuses dues au bacille commun du côlon (Sevestre, Lesage).

III

Traitement

Ces idées nouvelles modifieront notablement le traitement et la prophylaxie que l'on devra appliquer dorénavant à la broncho-pneumonie.

Les deux principales indications de la prophylaxie sont donc les suivantes :

1° *Détruire* chez les sujets sains ou prédisposés par une affection antérieure (rougeole, diphtérie, etc.) dans les foyers d'infection, c'est-à-dire les fosses nasales et la cavité bucco-pharyngienne, les agents pneumoniques ;

2° *Préserver* de l'invasion des agents pneumoniques les sujets sains et surtout les malades qu'une des affections antérieures précédemment énumérées prédispose d'une façon évidente à l'éclosion d'une broncho-pneumonie secondaire.

L'*antisepsie* répond à la première indication, l'*isolement* à la seconde.

Tout enfant atteint de grippe, de rougeole, de coqueluche compliquée de broncho-pneumonie, sera placé dans une chambre large et bien ventilée, chauffée jour et nuit à 18 degrés environ.

Les autres enfants seront isolés complètement du malade. Les tentures, rideaux, tapis, meubles inutiles seront enlevés dès le début. Le sol sera lavé avec une solution antiseptique sublimé, lysol, sulfate de cuivre, etc., avant d'être balayé. La bouche et le nez du malade seront désinfectés soigneusement avec un collutoire salicylé à 1 % et des irrigations boriquées saturées répétées plusieurs fois par jour. Après la convalescence, la désinfection de la chambre, de la literie, du linge, sera absolument de rigueur, si l'on ne veut pas être exposé à voir de nouvelles contagions.

Quand la maladie n'a pu être conjurée, il faut recourir à une thérapeutique énergique, mais prudente. La variabilité excessive des symptômes et l'insuffisance des résultats obtenus, expliquent l'innombrable quantité de remèdes préconisés contre la broncho-pneumonie.

Nous posons certains principes qu'il est nécessaire d'avoir présents à l'esprit lorsqu'on vient de faire un diagnostic précis de broncho-pneumonie.

1° Il ne faut pas accabler l'enfant de vomitifs, ipéca, kermès, ou tartre stibié comme on le fait trop fréquemment. Cela affaiblit rapidement le malade.

2° Il ne faut pas employer les révulsifs sur une trop grande étendue, afin de ménager la peau pour les besoins ultérieurs de l'intervention. On ne doit pas oublier que les foyers pourront se succéder pendant une quinzaine de jours et qu'on aura à les combattre les uns après les autres par des révulsifs successifs. C'est donc une grave erreur d'appliquer, dès le début, sous prétexte de faire un traitement héroïque, un grand vésicatoire ou cent cinquante pointes de feu. Cette pratique intempestive complique souvent l'état adynamie du malade (surtout le vésicatoire) et en tout cas, paralyse complètement l'action révulsive ultérieure. Nous conseillons plutôt alors, dans le but de faire une révulsion très énergique, d'employer la *camisole sinapisée* (cataplasme sinapisé enveloppant tout le thorax), les ventouses sèches, les bains sinapisés très chauds ou encore, un large badigeonnage de toute la surface cutanée du tronc et des membres inférieurs avec la solution alcoolique d'essence de moutarde, suivant la formule de M. Bisserié :

Essence de moutarde........	1 gr.
Alcool à 90°	9 gr.

Ce dernier moyen est absolument inoffensif et nous a donné des résultats remarquables dans les nombreux cas où nous l'avons appliqué.

Comme vésicatoires, à employer dans la suite, pour combattre pied à pied les envahissements successifs du poumon, nous employons les mouches vésicantes comme M. Saint-Philippe, ou mieux, les badigeonnages phéniqués suivant le procédé de Hayem-Ollivier :

Acide phénique............	9 gr.
Alcool absolu..............	1 gr.

3° Les toniques devront être employés « *largâ manu* » comme dans la pneumonie franche : l'alcool, le champagne, le quinquina en extrait, l'acétate d'ammoniaque, l'éther, l'ammoniaque anisée, etc., seront associés et alternés avec art, de façon à obtenir une action tonique continue pendant toute la durée de la maladie. Les injections hypodermiques ou plus exactement, intra-musculaires d'éther et de caféine, donnent aussi des résultats très remarquables de tonification.

« — Les accidents dus à l'hyperthermie, l'agitation, le délire seront combattus par les bains tièdes à 32°, 34° au plus. Si les phénomènes nerveux sont très accentués, on peut remplacer les bains tièdes par l'enveloppement dans le drap mouillé. Un drap plié en plusieurs doubles est trempé dans l'eau froide additionnée de vinaigre ou d'eau de Cologne ; il est ensuite placé sur une couverture de laine sèche et l'enfant y est enveloppé pendant 1/4 d'heure. Les compresses froides sont vantées par d'Espine et Picot. Les affusions froides sont préconisées par Jurgensen. Le bain froid à 16° ou 18° a donné parfois de véritables résurrections. Si l'on se résout à cette dernière médication, il ne faut pas quitter le malade et suivre avec la plus grande attention les modifications qui se passent soit du côté du cœur, soit du côté du poumon et du système nerveux. »

Nous ne sommes pas convaincu de l'efficacité des antipyrétiques tels que le sulfate ou le bromhydrate de quinine et l'antipyrine.

Lorsque la période dangereuse est conjurée et pour aider la résolution des mucosités accumulées dans les bronchioles, nous employons le benzoate de soude, si vanté en Suisse, l'eucalyptus, la créosote, la digitale.

Disons, en terminant, que la convalescence est extrêmement longue et difficile et qu'elle nécessite, outre un changement d'air effectué avec mille précautions, l'usage d'aliments toniques et substantiels tels que l'huile de foie de morue, la viande crue hachée, les poudres de viande, peptones, etc., et des exercices musculaires quotidiens progressifs et mesurés.

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Société de protection des victimes du devoir médical.

Le samedi 18 décembre, le Bureau de la Société de protection des victimes du devoir médical s'est réunie, sous la présidence de M. *Théophile Roussel*. — Présents : MM. *Henri Monod*, directeur de l'assistance publique de France, vice-président ; *Chastaing*, trésorier ; *Cézilly*, secrétaire-général, fondateur. Excusé : M. Franck-Chauveau, sénateur.

Après exposition par M. le Trésorier, de la situation financière de l'œuvre, le Bureau a voté l'allocation d'une somme de mille francs à Mme Piasecki, veuve du Dr Piasecki (du Havre), mort victime du devoir professionnel. Il a décidé, en outre, qu'une allocation annuelle serait accordée en vue de faciliter l'entrée, dans un établissement de l'Etat, à titre de boursière, d'une sœur infirme du Dr Piasecki. Cette allocation a été faite spécialement sur la demande de M. H. Monod, qui a obtenu, par faveur spéciale, la bourse en question.

Il a été décidé en outre que le Comité de patronage de la Société appuyerait, de tout son pouvoir, la demande adressée par les médecins et les habitants du Havre, d'un bureau de tabac en faveur de la veuve, qui, sans ressources, a la charge de six personnes, toutes parentes de médecins.

Le Bureau s'est occupé ensuite de diverses questions et a décidé une seconde réunion en janvier, dont nous rendrons compte.

Les Polycliniques.

Le Havre, 13 décembre 1892.

Mon cher M. Cézilly,

Il m'est impossible de laisser passer la discussion au sujet des polycliniques sans venir protester, comme le Dr Butte, contre les étranges prétentions du *Syndicat de la Seine*. Au nom de la liberté ils veulent, les médecins du Syndicat, entraver la liberté d'autrui, et sur cette pente-là, si nous n'y prenions garde, on nous conduirait loin, nous, partisans convaincus des Syndicats. — Ce que j'ai à dire de personnel le voici :

J'ai fondé, au Havre, en 1875, un Dispensaire pour enfants malades, premier de ce genre, et qui constituait bel et bien une polyclinique avec tous ses moyens d'existence.

Ce genre d'établissement d'assistance, c'est aujourd'hui une vérité qu'on ne conteste plus, est le meilleur marché — le plus moral, puisqu'il ne disloque pas la famille et lui laisse toute la charge morale des soins — le plus ménager de la vie humaine, puisqu'il supprime les chances de contagion. — Mais, voilà, il n'a jamais eu l'unanime adhésion du corps médical, et le grand reproche qu'on lui a fait, c'est de diminuer les ressources du médecin déjà, dit-on, si restreintes.

Cet argument me touche peu. L'intérêt social, je l'ai répété cent fois, doit toujours passer avant l'intérêt professionnel ; mais le reproche est-il vrai, et dans quelle mesure l'est-il ?

Pour résoudre ce problème, complexe et délicat, voici ce que j'ai fait : Tous les enfants qui arrivent au Dispensaire sont inscrits sur un registre avec leurs noms et leur adresse. Il m'a donc été facile de faire faire une enquête sur l'état d'indigence de chaque famille : eh bien, jamais le chiffre des tricheurs n'a atteint 10 pour 1000 et c'est pour ce misérable chiffre qu'on se priverait des ressources de tout genre qu'on crée et qu'on trouve dans les Dispensaires ou les Polycliniques ! !

Que nos confrères syndiqués de la Seine en fassent l'expérience, qu'ils créent, pour eux, une ou plusieurs polycliniques et qu'ils soient persuadés que ce genre de décentralisation scientifique est plus profitable aux intérêts même matériels du corps médical qu'ils ne le croient. — Leur pétition devrait être rédigée en sens inverse et alors elle aurait quelque chance d'être accueillie par le Conseil municipal de Paris.

GIBERT.

REPORTAGE MÉDICAL

C'est le Dr *Chevallereau*, de *Parthenay*, et non notre excellent collègue et ami le Dr *Chevallereau*, directeur de la *France médicale* et du *Paris médical* qui est décédé récemment. L'erreur commise par la *Gazette des hôpitaux* avait besoin d'être relevée.

— Le samedi 10 décembre, au Continental, nous avons assisté au banquet annuel de la *Société de médecine publique*, présidé, cette année, par M. le professeur Cornil. La réunion était nombreuse. Les ministres de l'Intérieur et du Commerce, MM. Loubet et Siegfried, y assistaient, ainsi que MM. Henri Monod, Poubelle, Lockroy, Théophile Roussel, Langlet et nombre d'autres notabilités de la science et de la politique.

Sous l'énergique impulsion des secrétaires généraux, MM. *Napias* et *A. G. Martin*, la Société de médecine publique conquiert de plus en plus des titres considérables et ses travaux, que publie son

Bulletin, démontrent que sa création a comblé une grande lacune.

La Société de médecine publique sera l'organe naturel du *futur ministère de la santé publique.*

— Nous avons assisté, lundi 19, au banquet du Syndicat de la Seine, et nous avons profité de cette occasion pour demander, aux convives et au Bureau du Syndicat, l'étude des deux œuvres du Concours qui sont, à tous égards, dignes de leur attention, la Caisse des pensions de retraite du Corps médical français et la Société de protection des victimes du devoir médical. Notre motion a eu la bonne fortune d'être très chaleureusement accueillie par tous les assistants.

— *Ligue préventive contre la tuberculose.* — M. le Dr Armaingaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, présent au banquet du Concours médical, a fait, sur l'invitation de M. Cézilly, un exposé de l'organisation de la Ligue préventive contre la tuberculose, dont il est le créateur.

Cette ligue s'adresse aux médecins, mais seulement comme intermédiaires ; elle s'adresse surtout au public et a pour but, la contagion étant reconnue comme l'origine constante de la tuberculose, d'apprendre d'une manière claire et précise où réside le danger de la contagion, et ce qu'il faut faire pour l'éviter. Il ne s'agit pas ici de traitement médical, mais simplement d'hygiène.

Le conférencier insiste sur ce point que la source contagieuse la plus fréquente réside dans les crachats de phtisiques, qui, expectorés n'importe où, se dessèchent et viennent par l'air en contact avec les voies respiratoires : de là une 1re conclusion sur la nécessité de donner aux malades des crachoirs contenant du liquide, et désinfectés quotidiennement par la chaleur, le contenu étant également détruit par le feu ou jeté dans les cabinets d'aisance ; nécessité absolue de veiller sur l'expectoration des tuberculeux, partout, chemins de fer, ateliers, etc.

De plus, le principe contagieux se trouve également dans les déjections des phtisiques : d'où nécessité de ne pas laisser sécher ces déjections et de passer rapidement les linges contaminés dans l'eau bouillante.

Les instructions, très claires et suffisamment étendues, ont pour but, et auront certainement pour résultat de frapper l'esprit du public, et de faire prendre quelques mesures très simples et efficaces ; elles ont également pour but d'amener un mouvement d'opinion tel que les administrations et l'Etat lui-même soient contraints de prendre les précautions hygiéniques nécessaires pour éviter la propagation de la tuberculose.

Ces instructions sont imprimées sur des fascicules que les adhérents sont chargés de répandre dans le public. Pour être adhérent, il suffit d'envoyer une souscription de cinq francs, en échange de laquelle on reçoit 50 exemplaires des Instructions.

La Société n'a aucune organisation proprement dite, son but étant, jusqu'à nouvel ordre, de vulgariser les précautions hygiéniques à prendre contre la tuberculose, la distribution des Instructions, et les conférences faites sur ce sujet partout où il y aura des bonnes volontés, paraissent suffisantes pour atteindre ce but.

Il est en effet à désirer, pour le plus grand bien de tout le monde, que tous les médecins convaincus veuillent bien apporter à cette œuvre l'appui de leur parole et de leur exemple.

A la suite de cette communication, M. Armaingaud a reçu les adhésions de plusieurs membres du Concours présents au banquet.

— *Legs à l'assistance publique.* — Le préfet de la Seine est autorisé à accepter pour le département, une somme de 200.000 francs, legs fait en 1880 par M. Foucher, en faveur des enfants abandonnés ou des orphelins pauvres.

Le directeur de l'assistance publique, à Paris, est également autorisé à accepter du même donateur : 1° une somme de 15.000 francs pour le bureau de bienfaisance du IXe arrondissement ; 2° une autre somme, considérable, pour fonder de nouveaux lits à l'*Hospice des incurables.*

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

No 3764. — M. le Dr Bourdin, de Rosières (Cher), présenté par M. le Directeur.

No 3765. — M. le Dr Kaplan, de Joinville (Eure-et-Loir), présenté par M. le Dr Gassot, de Chevilly (Loiret).

No 3766. — M. le Dr Armaingaud, de Bordeaux, présenté par M. le Dr Lasalle, de Lormont.

No 3767. — M. le Dr Combet, de Longjumeau (Seine-et-Oise), Président du syndicat de Corbeil.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. Vidal, médecin à Noailles (Oise), membre du Concours Médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André. Maison spéciale pour journaux et revues.

Quatorzième année N° 53 31 Décembre 1892

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Une nouvelle formule tænifuge.

Les tænifuges abondent, les formules aussi et cependant aucun n'est d'une efficacité absolue.

L'écorce de racine de grenadier, l'écorce de moussena, les semences de courge, le kousso, la pelletiérine, la fougère mâle, le lactate de pontium sont préconisés par un grand nombre de médecins, et pourtant chacun cite tous les jours quelque nouvel échec.

M. le Dr *Duhourcau*, de Cautorets, nous indique une nouvelle formule, qu'il dit à peu près infaillible.

Il associe 1 gr. 20 d'extrait vert éthéré de fougère mâle à trois fois son poids de chloroforme pur, et pour réunir dans une même préparation le purgatif destiné à expulser le parasite endormi, on mélange ce peu d'extrait parfaitement dissous dans le chloroforme à un poids égal d'huile de ricin additionné d'une demi-goutte d'huile de croton.

Pour la commodité du malade on fait diviser la dose totale en capsules qui renferment chacune 10 centigrammes d'extrait de fougère, associé au chloroforme et à l'huile de ricin dans les proportions indiquées.

« Engourdir le ver, puis l'expulser comme un corps étranger par une purgation », voilà à quoi se résume le traitement du tænia, ainsi que l'a fait ressortir M. le professeur Laboulbène.

Chloroforme et extrait de fougère combinés, par cela même mutuellement renforcés, réussissent mieux et à plus petite dose, à endormir le ver, et l'huile de ricin, qui de son côté assure l'action de l'acide filicique, vient provoquer à temps l'expulsion du parasite devenu inerte : ainsi s'explique l'action prompte et sûre de ce remède qui, par ailleurs, est des plus économiques.

CLINIQUE

HOPITAL NECKER. — *M. le Professeur Peter*.
Leçon recueillie par le Dr Hervouët.

Les injections médicamenteuses hypodermiques.

II

La méthode de Brown-Sequard a été appliquée d'autres glandes que le corps thyroïde ; elle a été généralisée, au moins en principe : ainsi, on s'est demandé si l'on ne pourrait pas tirer bénéfice de l'emploi du suc des glandes surrénales dans la maladie d'Addison, des injections de suc pancréatique dans le diabète, du suc rénal dans le mal de Bright et l'urémie, de la substance nerveuse du cerveau dans la neurasthénie et l'hypochondrie.

Je vous ai parlé, dans la leçon précédente, des *injections thyroïdiennes*, faites par M. Bouchard. C'est lui qui en a eu l'idée le premier, mais elles ont été essayées d'abord en Angleterre ; le Dr Murray, de Newcastle, les a employées avec un certain succès. Mais on ne s'en est pas tenu aux injections ; on a été à quelque chose de plus simple, *on a fait manger des glandes thyroïdes aux myxédémateux*.

Mackenzie, voulant éviter les inconvénients des injections, a fait ingérer des corps thyroïdes frais ou les extraits frais de ces glandes ; la quantité ordinaire est un demi-corps thyroïde de mouton ; ce serait très actif. Cet auteur cite en effet, dans le *British medical Journal*, le cas d'une femme de 37 ans, myxédémateuse, soulagée précédemment par le jaborandi, et qui revient dans un état très sérieux ; on lui fait ingérer, deux fois par semaine, deux glandes thyroïdes, et on note bientôt l'amélioration du pouls, le relèvement de la température, la réapparition des sueurs, et la diminution du volume de la face.

Un fait analogue a été signalé par Fox, qui employa l'extrait glycériné de corps thyroïde ; au bout de cinq semaines de ce traitement, il y avait une grande amélioration.

Fox raconte, que si on prend un corps thyroïde deux fois par semaine, il peut y avoir des accidents. En raisonnant par analogie, on irait loin dans cette voie : je vous avoue que je ne vois pas facilement les tuberculeux se nourrissant de poumons, les ramollis mangeant des cervelles, les brightiques des rognons, les hépatiques du foie de veau, etc.

Revenons à des choses plus sérieuses. On n'a pas fait chez l'homme des *injections de capsules surrénales*. L'ablation de ces glandes chez les animaux est suivie d'une mort rapide, moins rapide si on injecte du suc surrénal.

Le *suc pancréatique* est un essai à faire ; mais il n'y a pas encore de résultats.

Mon collègue, M. Dieulafoy, a fait une expérience très-intéressante. Il avait dans son service une femme urémique, n'urinant plus. Il soumit un rein de taureau à la préparation indiquée par M. Brown-Sequard pour les testicules, et fit à sa malade, dans la soirée du 6 septembre, deux

injections contenant chacune 0 gr. 50 de *néphrine*. Le lendemain et le surlendemain, on continua les injections en élevant la dose quotidienne jusqu'à 6 gr. Le 9 septembre, on retirait par le cathétérisme 650 grammes d'urine, et le coma s'était dissipé. Le soir, la malade émettait 112 grammes d'urine. Malheureusement, la maladie était trop avancée ; la néphrine ne donna plus de résultat, et ne put empêcher la terminaison fatale.

M. Constantin Paul a eu l'idée d'injecter de l'extrait de substance corticale du cerveau. C'est M. Babès (de Bucharest), qui a observé que chez les malades atteints de la rage, le traitement de Pasteur avait amélioré les phénomènes nerveux dont ces malades étaient atteints, (neurasthénie, hypochondrie, épilepsie) ; il communiqua ses observations à M. C. Paul qui eut l'idée d'employer la substance corticale du cerveau stérilisée dans ces affections. Il fait une *solution au dixième de substance grise de mouton stérilisée*, et il injecte cinq centimètres cubes de cette solution tous les jours ou tous les deux jours.

M. Bouchard a constaté que si on injecte le *bouillon de culture du bacille pyocyanique*, on détermine une constriction des vaisseaux telle que la diapédèse des globules blancs ne se produit plus : il a donné le nom d'*anectasine* à cette substance. Il a tiré parti de cette observation, et il en a fait l'application à des malades atteints d'hémorrhagies. Dans 5 cas d'hémoptysies sérieuses, il a arrêté rapidement l'hémorrhagie par une injection d'un centimètre cube d'anectasine ; dans 3 cas d'hémorrhagies intestinales, il a obtenu le même résultat en moins de cinq minutes. Quand on dépasse la dose de 1 cmc., il en résulte de la fièvre.

Ce n'est pas tout. Le même observateur a constaté qu'il y a dans la tuberculine de Koch une *substance ectasine* qui dilate les vaisseaux, et donne l'explication de la dilatation vasculaire, la diapédèse et l'inflammation provoquées par les injections de Koch.

Maintenant que j'ai passé en revue tous les essais suggérés par la méthode de Brown-Sequard, je désire revenir sur le mode d'action des injection de suc testiculaire, dont ne saurait se désintéresser un esprit vraiment scientifique. Ce savant croit qu'elles agissent en diminuant les réflexes médullaires.

Un autre savant, étranger, le Dr Pœhl, suppose que le suc testiculaire excite les combustions, et que c'est par ce moyen qu'il donne une nouvelle vigueur.

M. Crock fils (de Bruxelles), suppose qu'il agit par le phosphore qu'il contient ; et la preuve qu'il en donne, c'est que des injections d'une solution de phosphate de soude lui auraient donné des résultats semblables à ceux qui ont été signalés par Brown-Sequard. Sa formule est la suivante :

Phosphate de soude......	2 gr.
Eau de laurier-cerise...	100 gr.

Je reviendrai tout à l'heure sur les injections de phosphate de soude, à propos de celles qu'avait déjà imaginées le Dr Chéron, le distingué médecin de Saint-Lazare.

Quant à moi, je vous l'ai déjà dit, je crois que le suc testiculaire agit d'une façon qualitative et par excitation directe des extrémités nerveuses et du système nerveux central. C'est ainsi que, dans la dernière épidémie cholérique, M. Siredey a injecté sous la peau le sérum de Hayem, par quantités de 5, 10, 20 gr., 40 gr., et qu'il a obtenu le relèvement des forces par ces quantités hors de proportion avec les pertes subies par les cholériques. Il y a, je le répète, une action dynamique exercée sur le système nerveux par la qualité plus que par la quantité.

J'arrive aux injections faites par le Dr Chéron. Il s'est placé au point de vue de la surélévation de la tension vasculaire proportionnelle à la vitalité du cœur, et, pour obtenir cette surélévation, il emploie un sérum qui lui est propre ; voici sa formule :

Acide phénique neigeux...	1 gr.
Chlorure de sodium...	2 gr.
Phosphate de soude........	8 gr.
Eau distillée..............	100 gr.

Il pratique des injections de ce sérum dans les cas d'inflammations chroniques des annexes de l'utérus et du petit bassin, et les effets obtenus sont : 1° *la diminution des douleurs* ; 2° *la tendance à la résorption des exsudats pelviens* : cela est hors de contestation.

L'injection est faite dans la région rétro-trochantérienne, à la dose de 5, 10, 20 grammes de sérum ; immédiatement après, il y a surélévation de la tension artérielle, facile à constater au sphygmo-manomètre. Les doses moyennes varient de 5 à 10 grammes, et les injections sont faites une ou deux fois par jour, ou tous les deux jours. *Mais il ne faut pas s'attarder aux petites doses* ; il faut aller à 20, 40, 60 grammes, de façon à déterminer de l'hypertension artérielle.

En outre des effets que je viens de signaler, on constate une amélioration des fonctions digestives, et l'augmentation des forces nerveuses, chez les neurasthéniques. Et je me crois en droit de conclure que ces injections peuvent rendre des services dans le traitement des affections pelviennes et de l'utérus.

III.

Je veux maintenant vous entretenir des injections médicamenteuses, où entrent en partie la *créosote* et le *gaïacol*.

L'idée-mère de l'emploi de la créosote a été d'anéantir le bacille. Les expériences *in vitro* montrent qu'elle stérilise les milieux de culture. Yersin détruit toute espèce de bacille en additionnant du bouillon de culture avec trois millièmes de créosote. Marfori a montré que deux centièmes de créosote stérilisent les crachats. Bouchard a prouvé que 0 gr. 06 de créosote stérilise 1000 gr. de bouillon de culture, donc 6 gr. stérilisent le sang d'un individu pesant 100 kilos, et 3 gr. le sang d'un homme de 60 kilos qui est un poids moyen. Par les injections actuelles pratiquées quotidiennement, on fait entrer dans l'organisme plus de 3 gr. 60 de créosote, et cependant, le malade reste quand même tuberculeux. L'expérience démontre que, par les injections de créosote, on diminue l'expectoration, mais les crachats contiennent toujours des bacilles de Koch, les poumons restent toujours lésés. Et alors, se plaçant au point de vue théorique, on dit : puisque la présence dans l'organisme de 3 gr. 60 de créosote doit suffire à tuer tous les bacilles, comment fait-il qu'on en trouve encore ? c'est donc que

malade en introduit de nouveau, ou bien qu'ils se multiplient malgré la créosote. Cependant les tuberculoses locales, la scrofulo-tuberculose, les adénites tuberculeuses guérissent par les injections de gaïacol et de créosote. Mais il n'en est pas ainsi de la tuberculose viscérale d'emblée, qu'elle soit pulmonaire, intestinale, péritonéale, ou méningée.

La première idée, pour l'introduction de la créosote dans l'organisme, a été d'employer la voie stomacale. C'est en 1877 que MM. Bouchard et Gimbert commencèrent à la donner, à la dose de 1 gr. 40 à 1 gr. par jour, sous la forme pilulaire. Les résultats furent ce qu'ils devaient être : l'expectoration devint moindre et la toux moins fréquente ; de là, diminution de la fatigue produite, sommeil plus facile, et réparation des forces; l'appétit est plus vivace, les forces sont augmentées, il s'ensuit un embompoint relatif ; *mais les signes locaux restent les mêmes*, ou peu atténués ; M. Gimbert a vu les signes reparaître après une amélioration momentanée.

Mais au bout de 3 semaines, un mois, se montre de l'irritation de l'estomac ; et il n'est pas douteux que c'est l'irritation légère du début qui stimule l'estomac et augmente d'abord l'appétit.

MM. Bouchard et Gimbert ont alors cherché une autre voie pour ne pas offenser l'estomac, c'est la voie hypodermique.

Une autre idée est d'employer la voie aérienne, par les inhalations et par l'injection directe dans les sommets pulmonaires. Mais ces deux moyens essayés en Allemagne et en France, n'ont donné aucun résultat favorable ; il y a même eu, par l'injection intra-pulmonaire, des hémoptysies sérieuses. Il est évident que l'administration de la créosote par la bouche valait mieux, car il y avait une action générale, au lieu d'une action locale aveugle.

C'est M. Bouchard qui eut la première idée des injections sous-cutanées de créosote. M. Ducastel mit l'idée en pratique en 1882. Mais c'est M. Gimbert qui les employa sur une grande échelle, à Cannes, en 1886, et les mit à la mode. Il a été suivi par M. Burlureaux et quelques autres.

M. Gimbert employait une solution de créosote dans l'huile, à raison de 1 gr. pour 14 ; il faisait l'injection goutte à goutte de façon à empêcher la douleur, et à s'arrêter à temps, s'il se produisait un accident. Mais il faut rester deux heures auprès d'un malade pour lui injecter 50 grammes de la solution qui correspondent environ à 3 gr. 60 de créosote. Aussi a-t-on inventé des instruments faisant passer l'huile sous la peau d'une façon automatique et permettant de ne pas rester près du malade. Grâce à ce système, M. Burlureaux a pu injecter de fortes doses de créosote, il a même été jusqu'à 14 gr. dans une journée.

Cette injection a donné lieu parfois à des accidents redoutables. Il faut prendre soin de ne pas toucher un vaisseau, car une injection faite directement dans une artère ou une veine peut donner la mort par embolies graisseuses dans les vaisseaux pulmonaires : cela est arrivé dans mon service, et c'est arrivé aussi à quelques-uns de ceux qui pratiquent les injections. Le mieux est, après avoir fait la piqûre, de retirer l'instrument en laissant l'aiguille ; s'il s'échappe du sang, on recommence l'opération dans un autre point.

Je vais vous parler des résultats obtenus par M. Burlureaux qui a recueilli ses nombreuses observations avec beaucoup de soin et d'impartialité. Il injecte en moyenne 50 gr. de solution par jour ; il va jusqu'à 100, 150 gr., quelquefois 200 et 220 gr., sans accident. Il faut 2 heures 30 pour injecter 50 gr. d'huile créosotée.

Il résulte des expériences de M. Burlureaux (quatre cents et quelques cas), que si le goût de la créosote persiste dans la bouche, on a affaire à un cas grave. Si les urines sont noires, on a également affaire à un cas grave qui sera peu amélioré. S'il se montre des sueurs profuses, immédiatement après les injections, le cas est très grave. Il est plus grave encore, si, à la suite des injections, il y a de l'hypothermie, et il ne faut pas les continuer.

Messieurs, j'ai examiné soigneusement le travail si remarquable de M. Burlureaux. Il en résulte pour moi la conviction que les injections n'agissent d'une façon bienfaisante, que dans ce qu'on appelait autrefois la scrofule, ce qu'on appelle aujourd'hui de la tuberculose locale : la créosote peut guérir ces cas. Mais autrefois on les guérissait aussi ; ce sont les tuberculoses osseuse, ganglionnaire, testiculaire, les abcès froids.

Voici comme exemple un cas cité par M. Burlureaux. Il s'agit d'un malade opéré précédemment et guéri d'une tuberculose osseuse par l'ablation du manche du sternum et des clavicules. Il rentre à l'hôpital avec une adénite cervicale volumineuse. En 25 jours, il reçoit 1800 grammes d'huile créosotée, sous la peau, et 1000 gr. en cinq lavements : le malade est sorti guéri au bout de ce temps avec une augmentation de poids de deux kilos.

Il y a d'autres cas semblables : un noyau tuberculeux du testicule disparu en cinq mois ; un autre cas d'adénite cervicale guéri également ; encore un cas d'adénite volumineuse guéri. Un abcès froid du sein avait disparu après 30 injections d'huile créosotée ; mais des signes de tuberculose pulmonaire se sont montrés, et 6 mois après un deuxième traitement, ces signes étaient restés stationnaires. Voici un cas très intéressant qui milite en faveur des injections : un malade atteint de pneumonie caséeuse très grave avec caverne, est sorti presque guéri, après avoir reçu 210 gr. de créosote sous la peau ; trois mois après, M. Bouchard constata que la guérison s'était maintenue.

Il m'a été donné de voir des cas semblables. J'ai eu à soigner un jeune homme ayant une pneumonie caséeuse, avec fièvre vive, bacilles nombreux, il présentait des signes de phtisie aiguë. J'employai les antiphlogistiques, la quinine, puis l'huile de foie de morue quand la fièvre fut tombée, finalement je mis deux cautères sur la paroi thoracique : sous l'influence de la suppuration pendant deux à trois mois, ce malade a guéri absolument. Vous voyez que par les moyens ordinaires on peut obtenir le même résultat qu'avec la créosote. Il faut bien considérer en effet que la plupart des malades traités par la créosote trouvent à l'hôpital le repos, une nourriture plus abondante, de l'huile de foie de morue, toutes choses qui contribuent à améliorer leur état.

Cependant, c'est un progrès que de pouvoir faire prendre facilement la créosote qui amoindrit l'expectoration, agit sur le foyer en diminuant l'hyperémie, et par suite s'oppose à la marche de l'affection.

M. Burlureaux a divisé les malades traités en plusieurs catégories :

1re cat. — Tolérance parfaite, résultats excellents.

2me cat. — Tolérance parfaite, résultats médiocres ou nuls, c'est-à-dire, où l'état général a été amélioré, mais non l'état local.

3me cat. — Tolérance parfaite d'abord, puis intolérance progressive : cas plus graves.

4me cat. — Intolérance d'emblée ; cas très graves, pronostic mauvais.

Dans la communication faite au Congrès de la tuberculose, M. Burlureaux a fait ressortir des cas qui montrent bien l'innocuité du traitement et son inefficacité : c'est ainsi qu'une tuberculose testiculaire unilatérale est devenue bilatérale, malgré le traitement ; un mal de Pott a continué sa marche également ; une malade de 28 ans, tuberculeuse depuis 4 mois, voit son état général s'améliorer beaucoup, mais les lésions ne s'amendent pas et font même des progrès ; il est beaucoup d'observations du même genre.

Ainsi les injections pratiquées par M. Burlureaux ont eu pour résultat d'amener la guérison des tuberculoses locales bénignes. Dans la tuberculose d'emblée, au contraire, la guérison n'est pas obtenue, mais il y a amélioration de l'état général.

Il m'a été donné de voir des individus atteints de tuberculose pulmonaire, sans fièvre avec appétit vigoureux, atteindre un âge avancé. Je connais une femme, âgée de 63 ans, qui a eu sa première hémoptysie à 19 ans ; elle avait des craquements humides au tiers supérieur des deux poumons et d'autres signes non douteux, mais peu d'expectoration, pas de fièvre, mangeait admirablement bien : elle est restée tuberculeuse, mais n'est pas devenue phtisique. Un autre exemple est celui du baron Cloquet, professeur de pathologie externe, considéré à juste titre comme tuberculeux par Andral et Chomel, qui ne lui donnaient pas six mois à vivre, à 32 ans : or il n'est mort qu'à l'âge de 82 ans ; il vivait d'ailleurs, il faut le dire, en égoïste très spirituel, prenant tous les ans à la Faculté un long congé de 6 à 7 mois qu'il passait à Fréjus ; il avait un excellent estomac, se nourrissait copieusement, et n'avait jamais de fièvre.

Il m'a été donné de voir un homme touchant de près la médecine, qui eut une hémoptysie formidable, il y avait des signes de caverne, la présence des bacilles fut constatée ; il fut soigné par les révulsifs, (larges vésicatoires, notamment), le sulfate de quinine ; on lui donna de l'huile de foie de morue quand la fièvre fut tombée. Puis on lui mit un large cautère pendant une année. Il alla alors à Alger, acheta quelques terres, se fit colon au petit pied. Au bout d'un an, on ne trouvait plus que des signes de cavernes cicatrisées, au lieu de gargouillement. Six mois plus tard, il me demanda s'il pouvait se marier ; je lui conseillai vivement de n'en rien faire. Il se maria malgré mon conseil, et il a eu des enfants qui sont bien portants, lui-même étant resté en bon état.

Ce n'est pas à dire que je m'oppose à l'emploi de la créosote, car elle cause des bienfaits non douteux. M. Burlureaux a constaté que, dans ce fait de la tolérance de l'huile à hautes doses, il y a deux choses, l'action de la créosote, médicament, et l'absorption de l'huile, aliment. Partant de cette observation, on a nourri un malade atteint d'ulcère de l'estomac avec des injections de 300 grammes d'huile en une fois.

Une dernière raison de l'emploi de la créosote, c'est pour le pronostic, puisque l'observation a montré que l'on était en présence d'un cas grave lorsqu'il y avait intolérance.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous avons assisté le 27 décembre au Banquet offert au *Doyen de la faculté*, M. *Brouardel*, à l'occasion de son élection à l'Institut. L'Assemblée était, comme on peut le croire, on ne peut plus nombreuse et brillante. Tout ce que la médecine et la science comptent de notabilités était venu féliciter le chef de la Faculté. Amis, collègues, collaborateurs, lui ont adressé les félicitations les plus chaleureuses et, c'est avec un bonheur d'expression et une grâce parfaite, dont il est coutumier d'ailleurs, que M. Brouardel a répondu aux toasts. Le Président de l'*Association des étudiants*, dans une charmante improvisation, s'est joint aux notabilités qui faisaient cortège au Doyen pour le féliciter. Des applaudissements répétés ont accueilli cette manifestation de l'affection des étudiants pour l'éminent professeur.

— *Le Jubilé de M. Pasteur*. — Mardi dernier, 27 décembre, a eu lieu à la Sorbonne une magnifique et imposante cérémonie : on célébrait le septantenaire de M. Pasteur. Le président de la République honorait la fête de sa présence.

Des délégués de la plupart des Sociétés médicales et scientifiques d'Europe étaient venus apporter leur hommage au puissant génie qui a ouvert à la science des voies jusqu'alors inexplorées. Cette unanimité touchante a profondément ému M. Pasteur ; et, après la série des discours, commencée par le ministre de l'Instruction publique et terminée par le maire de Dôle, ville natale du grand savant, celui-ci, que l'émotion empêche de parler, prie son fils de lire son discours, où, après avoir donné un souvenir aux hommes de science qui n'ont connu que des épreuves, et salué la mémoire de Claude Bernard, il exprime l'espoir que la science et la paix triompheront de l'ignorance et de la guerre, et termine en conseillant aux jeunes gens de ne pas se laisser décourager par les tristesses de certaines heures, mais de vivre dans la paix des laboratoires et des bibliothèques, de songer d'abord à son instruction, et plus tard tâcher d'être utile à son pays.

Service médical des bureaux de bienfaisance, à Paris. — A partir du 1er janvier 1893, le service médical va être profondément modifié ; le principe de cette modification repose sur la séparation complète entre le service à domicile et le service des consultations dans les maisons de secours. De plus, chose qui obligera les médecins à des courses beaucoup plus longues, au lieu de circonscriptions nettes et particulières, les arrondissements seront divisés en grandes circonscriptions médicales desservies, chacune par plusieurs médecins, entre lesquels les indigents auront le droit de choisir ; l'administration fera néanmoins son possible, dit la circulaire, pour que les malades soient également répartis entre tous les médecins.

Désormais plus de feuilles volantes pour les ordonnances, mais des carnets spéciaux, comprenant un certain nombre de feuillets, où le médecin écrira ses prescriptions en double ; de là, surveillance beaucoup plus grande des malades et des médicaments, et aussi travail plus considérable pour les médecins.

La circulaire recommande en outre aux médecins de ne pas envoyer à l'hôpital les malades aigus ou chroniques qui peuvent être soignés chez eux, con

trairement à la tendance actuelle d'un certain nombre de médecins, et de leur faire toutes les visites nécessaires.

Le directeur de l'Assistance publique désire aussi que les secours soient accordés d'une façon plus large, afin de permettre aux malades d'être soignés à domicile, et d'éviter ainsi les frais beaucoup plus considérables de l'hospitalisation, et l'encombrement des hôpitaux.

Les consultations seront confiées à d'autres médecins, qui feront chacun trois consultations par semaine, et toucheront pour cela une indemnité de six cents francs. L'indemnité des médecins du traitement à domicile n'est pas modifiée : 1,200, 1,500, 2,000, selon les arrondissements.

Pour les consultations comme pour les visites, carnets au nom du malade, en double, permettant la vérification, et empêchant peut-être le gaspillage des médicaments.

L'essai de ce système aurait été fait dans le VII° arrondissement et aurait donné de bons résultats à tous les points de vue.

Une autre réforme désirée, et sur laquelle le directeur de l'Assistance publique appelle l'attention des bureaux de bienfaisance, est l'adoption de pharmacies municipales, comme il en existe notamment dans le 11° arrondissement.

Cet ensemble de réformes dénote certainement un esprit animé d'excellentes intentions, et pour les soins à donner aux indigents, et pour l'économie des deniers de l'assistance publique. C'est pourquoi nous étoufferons les critiques qui nous montent aux lèvres, et nous attendrons les résultats, bons ou mauvais, l'un et l'autre peut-être, qui ne manqueront pas de se dégager d'eux-mêmes au bout de quelques mois. Les critiques, d'ailleurs, viendraient trop tard, puisque la chose est résolue ; elles viendraient également trop tôt, puisque l'expérience n'est pas faite. Et l'observation impartiale des faits vaut mieux encore que les plus beaux raisonnements du monde.

— *Acte de dévouement d'un interne des hôpitaux.* — Nous nous devons a nous-même de faire ressortir que, si les médecins songeut à leurs intérêts personnels, cela ne les empêche nullement de se dévouer, quand ils en ont l'occasion. En voici encore un exemple : M. Langlade, interne de M. Legroux à l'hôpital Trousseau, vient de donner son sang à deux reprises différentes pour faire la transfusion à une malade atteinte d'anémie pernicieuse. Il y a là un acte de courage réfléchi et de sang-froid, dont nous félicitons bien sincèrement l'auteur.

— *Retraite de M. Péan.* — M. Péan, atteint par la limite d'âge, a fait samedi dernier, 24 décembre, sa dernière leçon, devant une affluence énorme d'élèves et d'amis.

Il a retracé les luttes soutenues dès le début de sa carrière, et, avec une juste fierté, il a montré tout ce qu'il a fait pour le progrès de la chirurgie, surtout abdominale, (emploi des pinces à forcipressure, pratique de l'ovariotomie dès le début, morcellement des tumeurs, ablation partielle des tumeurs inopérables avec suture du reste à la paroi abdominale, hystérectomie abdominale, hystérectomie vaginale.) En terminant, il affirme qu'il a trouvé dans le travail les plus grandes joies de sa vie et résume son dernier conseil dans un seul mot : « Travaillez ».

Conversions d'inscriptions. — M. Bourgeois a adressé aux recteurs des diverses Académies la lettre suivante, en date du 2 décembre 1892 :

« Monsieur le Recteur,

» Aux termes de la loi sur l'exercice de la médecine, qui vient d'être promulguée, il ne sera plus délivré, dans un bref délai, de diplôme d'officier de santé. J'ai l'honneur de vous informer que je suis disposé à convertir en inscriptions de Doctorat les inscriptions d'Officiat de tous les étudiants qui, depuis le début de leur scolarité, ont obtenu les grades requis pour le Doctorat en Médecine. J'avais dû, jusqu'ici, restreindre cette faveur à ceux qui tombaient sous le coup de la loi militaire ; il n'y a plus de raison de ne pas l'étendre à tous ceux qui se trouvent dans les conditions ci-dessus indiquées. Ces conversions, qui devront être prononcées par décisions individuelles, ne pourront se faire qu'à titre onéreux. »

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3768. — M. le Dr Breitmann, à Artenay (Loiret), présenté par M. le Dr Gassot.

N° 3769. — M. le Dr Lafitte, à Rosny-s/-Seine (S.-et-Oise), membre de la Société thérapeutique dosimétrique de Paris.

N° 3770. — M. le Dr Bourrus, à Portets (Gironde), présenté par M. Lasalle.

N° 3771. — M. le Dr Nercam, à Aillas (Gironde), présenté par M. le Dr Lasalle.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

A titre d'étrennes, la Société d'Editions Scientifiques offre à MM. les membres du *Concours médical* qui adresseront un mandat avant le premier janvier les livres de luxe suivants avec une réduction de cinquante pour cent :

1° **Nos grands médecins d'aujourd'hui,** préface de Maurice de Fleury, par le Dr H. Bianchon. Cinq francs *franco* au lieu de 10 fr.

Cette prime de 50 % ne sera accordée que jusqu'à la fin du mois de janvier.

2° Boulangier (Edgar). — **Voyages en Sibérie,** 1 magnifique vol. in-8 jésus de 400 pages, avec 100 gravures sur bois, cartes et plans. Broché **3 fr. 75** au lieu de **7 fr. 50** ; cartonné, **5** fr. franco au lieu de **10** fr.

3° Harmand (Jules). — **L'Inde** de John Strachey, préface et traduction de Jules Harmand, ministre plénipotentiaire. Magnifique in-8 avec carte en couleurs. **5** fr. franco au lieu de **10** fr.

4° Deschamps (Emile), chargé de mission scientifique par le ministre de l'Instruction publique. — **Au pays des Veddas.** Ceyland, (Carnet d'un voyageur). In-8 de 500 pages avec 116 figures, d'après les croquis et photographies de l'auteur et une carte. **3 fr. 75** net franco au lieu de **7 fr. 50.**

NOTA. — Ces trois derniers livres de voyages peuvent être lus par tout le monde et être offerts même aux demoiselles. Passé le premier janvier les prix ordinaires seront maintenus.

Guide pratique pour l'examen des maladies du larynx, du nez, des oreilles (2), par le docteur J. Baratoux. Net **4 fr. 80** pour MM. les membres du *Concours médical*.

Ce manuel est destiné, non pas aux laryngologistes de profession, mais à ceux, médecins ou étudiants, qui désirent apprendre les maladies des oreilles, du nez de la gorge et du larynx.

Signalons la description très attentive des méthodes d'examen indispensables pour poser le diagnostic de ces affections, et l'exposé des principaux modes de traitement, en faveur actuellement.

De nombreuses figures, un atlas, rendent très clair et très précieux ce petit guide, que le docteur Baratoux présente aujourd'hui au public médical. (*Gazette des hôpitaux*, numéro du mardi 20 décembre 1892.)

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1892

Cette table contient trois parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Bulletin de l'Union des Syndicats.

I

Partie Scientifique

A

B

II

Partie Professionnelle

(Consulter en outre, pour la plupart des questions professionnelles, la troisième partie résumant le BULLETIN DES SYNDICATS).

III

Bulletin de l'Union des Syndicats

Clermont (Oise. — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.